3

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

PROVOQUÉ

DANS LES RÉTRÉCISSEMENTS PELVIENS

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

le 3 décembre 1885

PAR

Aly HEYDAR

Né à Alexandrie (Égypte)

Aide de chimie médicale à la Faculté de médecine
Elève particulier du Laboratoire de Physiologie
Tri-Lauréat de l'École supérieure de Pharmacie
Lauréat de l'École du Caire
Étudiant en Pharmacie
Lieutenant de l'expédition de Darfour

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5
1885

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.
GRASSET.....
LANNEGRACE..... Assesseurs

Professeurs.

	Messieurs :
Clinique médicale.	DUPRÉ (✲ C ✠).
Anatomie.	BENOIT (O ✲ ✠).
Clinique médicale.	COMBAL (✲ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER (✲).
Physique médicale.	MOITESSIER (✲).
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur.méd	PLANCHON (✲ ✠).
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	DUMAS (Léon).
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Opérations et appareils.	GRYNFELTT.
Pathologie externe (ch. de cours).	CHALOT.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✲ ✠).

Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✲). COURTY (✲). I. DUMAS (✲).

Chargés de Cours de Cliniques annexes :

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN (✲), agrégé.

Agrégés en Exercice.

Messieurs :		Messieurs
GARIMOND	CARRIEU.	REGIMBEAU (✲).
JACQUEMET.	MAIRET.	BLAISE.
GAYRAUD.	CHALOT.	BAUMEL.
DE GIRARD.	BIMAR.	VILLE.
SERRE.	MOSSÉ (✲).	GRANEL.

M. F.-I. BLAISE, Secrétaire.

Examinateurs de la Thèse :

MM. DUMAS, *président ;*
GRYNFELTT, professeur ;
GARIMOND, agrégé ;
GAYRAUD, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544308_0108

A MES BIEN CHERS PARENTS

A la mémoire de mon Frère bien regretté

Vous m'avez fait ce que je suis, il est bien juste que je vous témoigne aujourd'hui toute ma reconnaissance.

A. HEYDAR.

A Monsieur Charles NISMER

Directeur de la Mission Egyptienne

En mettant votre nom en tête de ma thèse, je suis très heureux de pouvoir vous donner ce témoignage public pour la bienveillance que vous m'avez toujours témoignée dans le cours de mes études.

Vos excellents conseils m'ont été utiles en tout temps, il est donc naturel que je vous prie d'en accueillir l'hommage.

Hommage très respectueux de mon dévouement au sage et intelligent Directeur qui, par son habile administration, a pu mettre à ma disposition tous les moyens d'arriver sûrement et promptement au résultat final de mes études et qui n'a eu qu'un but, celui d'élever à un très haut niveau les intelligences et les connaissances des élèves de la Mission Egyptienne.

A. HEYDAR.

A LA FRANCE

Au beau Pays du travail et de la liberté, qui nous a ouvert toutes les portes des sciences, comme à ses propres enfants, où nous avons pu apprendre la langue française dans les excellentes leçons de Monsieur Nadeau, et où nous avons eu, dans toutes les branches des connaissances humaines, des maîtres éminents.

A Monsieur le Professeur ESTOR

Témoignage de remerciements pour la marque de sympathie qu'il n'a cessé de m'accorder.

A. HEYDAR.

A mon Président de Thèse

Monsieur Léon DUMAS fils

Professeur d'accouchement à la Faculté

Pour la complaisance qu'il a mise à vouloir bien m'aider de sa science et de ses conseils dans mes recherches et mes observations.

A mes Juges

A. HEYDAR.

A Monsieur le Professeur GRYNFELTT

Veuillez recevoir l'expression de ma vive reconnaissance pour l'intérêt que vous avez daigné me porter.

A MM. les Professeurs-Agrégés GAYRAUD et GARIMOND

Pour la bienveillance qu'ils ont eue à mon égard.

A. HEYDAR.

A Monsieur ENGEL

Professeur de clinique

Tous mes remerciements pour tout ce que j'ai appris dans son laboratoire, sous savante direction.

A Monsieur VILLE

Professeur-Agrégé de Chimie

A MES AMIS

A. HEYDAR.

A Monsieur LANNEGRACE

Professeur de physiologie

J'offre ce témoignage de remerciements pour la bienveillance avec laquelle il a bien voulu me recevoir comme son élève particulier dans son laboratoire et pour tout ce que j'ai appris sous sa savante direction.

A Monsieur le Doyen et à tous mes Professeurs et excellents Maîtres de la Faculté de Médecine de Montpellier.

A Messieurs les Professeurs-Agrégés de la Faculté de Médecine de Montpellier.

A mon cher ami Monsieur Théodore MALOSSE

Professeur-Agrégé à l'École supérieure de Pharmacie

Vos bontés pour moi sont trop nombreuses pour que je ne vous en exprime pas mes sincères remerciements et ma vive reconnaissance.

A. HEYDAR.

AVANT-PROPOS.

La vive discussion depuis longtemps soulevée entre les partisans du forceps d'un côté et ceux de la version podalique de l'autre est encore aujourd'hui loin d'être apaisée. « La lutte est aussi vive que jamais », disait Math. Duncan en 1873. Nous pourrions peut-être aujourd'hui encore en dire autant. Il convient cependant de reconnaître que beaucoup de choses ont été faites depuis qu'a paru le travail de Simpson, en 1847, et même depuis l'époque où Joulin, attaquant corps à corps les théories de l'auteur anglais, cherchait, mais peut-être en vain, de renverser les bases de son enseignement tocologique. Oui, un grand pas en avant a été fait dans cette question qui est loin d'être facile à résoudre, et cela grâce aux travaux récents de William Goodell (de Philadelphie), d'Alexander Milne, de Budin et de Champetier de Ribes.

Cette question pleine d'un vif intérêt et tout à fait à l'ordre du jour, nous a paru bien digne d'offrir un sujet de dissertation inaugurale.

Nous aurions voulu seulement pouvoir consacrer quelque temps de plus à son étude et offrir à nos chers Maîtres un gage de reconnaissance digne de l'intérêt qu'ils nous ont prodigué. Mais des causes pressantes nous en empêchent en nous rappelant dans notre patrie.

Voici l'ordre que nous avons suivi dans cette étude :

Dans un premier chapitre, nous avons traité des considérations générales sur les rétrécissements du bassin (influence

des rétrécissements du bassin sur la grossesse, phénomènes physiologiques du travail, troubles produits par le passage de la tête fœtale à travers le bassin rétréci, fréquence et divisions, causes).

Dans un second chapitre, nous nous sommes occupé du traitement des rétrécissements du bassin. Nous avons, dans ce chapitre, insisté surtout sur les travaux des auteurs susmentionnés, d'où il résulte que dans les rétrécissements du bassin, c'est la version podalique combinée à l'accouchement prématuré qui donne les meilleurs résultats, ce qui nous a amené à étudier dans un troisième chapitre l'accouchement prématuré provoqué.

Enfin, dans un quatrième chapitre, nous avons traité des différents moyens propres à déterminer l'accouchement prématuré.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ PROVOQUÉ

Dans les Rétrécissements Pelviens

CHAPITRE PREMIER.

Considérations générales sur les rétrécissements du bassin.

Sans nous attarder à des considérations générales sur les vices de conformation du bassin, nous dirons que toutes les fois qu'un bassin n'a pas ses dimensions normales, que celles-ci sont ou diminuées ou agrandies, de façon que l'accouchement sera difficile ou impossible et dangereux pour la mère et le fœtus, il y a *vice de conformation.* Or, ce vice de conformation pourra porter ou sur la dimension du bassin, de façon que celui-ci sera ou trop grand ou trop petit, ou sur son inclinaison. Aussi a-t-on depuis longtemps établi les trois divisions suivantes:

1° Bassin trop grand;
2° Bassin trop étroit;
3° Bassin anormalement incliné.

Mais hâtons-nous de dire que le vice portant sur le rétrécissement est de beaucoup le plus fréquent des trois.

On comprend aisément quelles différences, au point de vue du pronostic, de la marche de l'accouchement séparent encore ces trois sortes de vices de conformation :

1° Il est certain que l'excès d'amplitude du bassin peut donner à l'accouchement une gravité insolite : l'expulsion peut se faire trop rapidement, et les conséquences de cette expulsion brusque se traduisent le plus souvent pour la mère par des ruptures du périnée, du vagin et même de la matrice. La déplétion trop brusque de l'utérus peut amener une inertie de la matrice avec ses conséquences souvent redoutables. Enfin, lorsque cet excès d'amplitude du bassin coïncide avec un excès d'énergie des contractions utérines, le segment inférieur de l'utérus peut, avant la dilatation du col, être poussé jusqu'à la vulve et même plus loin et un véritable prolapsus peut se produire à la suite de ces contractions exagérées. Nœgelé et Grenser font en outre remarquer « qu'en dehors des hémorrhagies, des syncopes et même la mort peuvent être la suite immédiate de la congestion qui se fait vers les vaisseaux du ventre trop brusquement débarrassé de son contenu et qui enlève au cerveau et à la moelle la quantité de sang nécessaire pour en entretenir les fonctions. »

Les dangers pour l'enfant ne sont pas moindres, car il peut être projeté brusquement à terre comme on l'a vu quelquefois ou rester suspendu au cordon, ce qui doit naturellement amener un décollement brusque du placenta et une hémorrhagie consécutive ou bien une rupture du cordon ; dans d'autres cas, enfin, on a noté l'inversion utérine.

2° Sans doute encore l'*inclinaison anormale du bassin* n'est pas sans inconvénients et sans dangers. La tête peut être arrêtée au niveau de la symphyse et elle ne s'engagera pas

ou elle ne s'engagera que difficilement et à la condition que les contractions soient très énergiques. Mais la difficulté sera plus grande encore, si ce qui arrive assez fréquemment, l'inclinaison est combinée à un vice de conformation du bassin. Le plus fréquemment, avec ce vice d'inclinaison, coïncide une disproportion. On a pu observer dans ces cas une longueur exagérée du travail avec toutes ses conséquences graves pour les suites de couches, des décollements du placenta, des ruptures de la matrice. Disons toutefois qu'ici l'intervention, suivant les conseils de Schultze, de Nœgelé et Grenser, est le plus souvent couronnée de succès et que l'inclinaison en avant (1), qui est la plus fréquente, est heureusement modifiée par la position inclinée en avant que l'on fait prendre à la partie supérieure du tronc de la parturiente, afin de donner à celle-ci la position demi-assise.

3° Mais à coup sûr, l'intérêt qui se rattache aux vices de conformation qu'il nous reste à étudier est plus grand encore, parce qu'il implique un pronostic beaucoup plus grave et parce qu'il est d'ailleurs beaucoup plus fréquent.

Article I. — INFLUENCE DU RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN SUR LA GROSSESSE.

Et disons tout d'abord que ce n'est pas seulement au moment du travail de la parturition que se feront sentir les effets du rétrécissement, mais même pendant la grossesse.

Depuis les temps les plus reculés, on a noté la fréquence de

(1) Les inclinaisons vicieuses du bassin peuvent exister en trois sens différents :
1° En avant : controversion, obliquité antérieure, inclinaison en avant.
2° En arrière : rétroversion, obliquité postérieure, inclinaison en arrière.
3° Latéralement : inclinaison latérale.

l'avortement et de l'accouchement prématuré dans les cas de rétrécissement du bassin. On en comprend, en effet, aisément les causes. Avec un promontoire saillant, la matrice pourra difficilement, dans les premiers mois de la grossesse, subir son ascension normale dans la cavité abdominale ; elle sera forcée de se développer exclusivement dans l'excavation. Or, il arrivera un moment où cette excavation sera insuffisante pour la contenir; alors la matrice gênée, comprimée, entrera en contraction et expulsera son contenu avant même que celui-ci ait acquis le moindre développement. Mais ce n'est pas tout, il peut aussi se produire une rétroversion, favorisée par la saillie du promontoire. Alors on observera des douleurs de ventre, de reins, de la pesanteur au périnée, et si ces symptômes s'exagèrent, l'enclavement, l'incarcération de la matrice avec ses suites graves pour la mère et fatales pour le fœtus.

Si, dans des cas plus heureux, la matrice arrive à franchir le détroit supérieur, elle se développe exclusivement dans la cavité abdominale : de là la situation plus élevée de la matrice, sa mobilité plus grande, cette distension considérable du ventre qui est en besace, la matrice étant refoulée en avant par la colonne vertébrale ; de là ces phénomènes graves du côté de la circulation et de la respiration qui se traduisent par l'œdème des membres inférieurs, de la dyspnée, de la tendance aux congestions pulmonaires, des troubles gravido-cardiaques (1), en un mot, enfin, l'éclampsie, suivant P. Dubois ; et ces troubles peuvent à eux seuls déterminer l'accouchement, s'ils ne fournissent pas par eux-mêmes une indication à le provoquer (2).

(1) Lésions de la circulation pendant la grossesse : Peter, Traité des maladies du cœur ; Porack, th concours 1880 ; Courrejol, th. 1881 ; Jaquemier, th. inaug.

(2) On admet aujourd'hui de plus en plus l'utilité de provoquer l'accouchement prématuré et même l'avortement dans les cas de troubles gravido-cardiaques assez graves pour faire craindre pour la vie de la mère, et Schrœder admet l'évacuation de la matrice toutes les fois qu'elle est la seule espérance de sauver la mère.

Ces accidents sont surtout à craindre lorsqu'ils se compliquent d'une affection intercurrente aiguë, une bronchite, par exemple (1).

Les rétrécissements du bassin ont donc un retentissement notable sur la grossesse. C'est là un fait aujourd'hui complètement acquis à la science. Mais combien ce retentissement n'est-il pas encore plus prononcé sur les phénomènes mécaniques de la parturition?

Dans les cas de bassin normal, la tonicité et la contraction des parois abdominales poussent le plus ordinairement la tête dans l'excavation (primipare surtout), de sorte qu'au moment du travatl toute la difficulté consistera dans la résistance offerte par les parties molles. Mais dans les cas de rétrécissement du bassin, toute la difficulté réside dans la résistance des parties osseuses, résistance bien souvent insurmontable, du moins par les seuls efforts de la nature. Le dégagement ne peut s'opérer.

Après avoir formulé la loi qui régit les phénomènes mécaniques de l'accouchement, Pajot (2) ajoute: «Mais, évidemment pour l'exécution de cette loi, il faut qu'il y ait proportionnalité entre la puissance expulsatrice, le volume du contenu et la capacité du contenant. C'est ce qui explique comment un fœtus trop volumineux, d'une façon absolue ou relative, ne fera pas sa rotation parce qu'il rencontrera à cela des obstacles insurmontables. Un fœtus trop petit, également, parce qu'il ne sera pas sollicité à tourner par une résistance suffisante et une tête quoique développée dans de justes pro-

(1) Charpentier cite deux cas de bronchite, l'un chez une femme scoliotique, l'autre chez une femme cyphotique. «Dans les deux cas, les femmes dont le thorax était fortement retréci par la déformation vertébrale, furent prises de bronchite qui ne tarda pas à dégénérer en bronchite capillaire avec congestion pulmonaire grave et menaces d'asphyxie telles, que l'on fut dans les deux cas obligé de provoquer l'accouchement à huit mois et demi.»

(2) Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, t. I, 1864.

portions, également encore parce que la force qui la poussera sera trop faible, insuffisante.» Or, ici, il n'y a évidemment plus de proportionnalité entre le volume de la tête fœtale et la capacité du bassin, il ne peut donc plus y avoir accommodation des diamètres de cette partie fœtale aux diamètres du bassin, partout la descente de la tête à travers la filière pelvienne ne se fera plus ou ne se fera qu'incomplètement. Le travail se prolongera pendant un temps plus ou moins long, pendant lequel la mère et le fœtus seront exposés à des accidents variés et multiples et dont le mécanisme est aujourd'hui parfaitement connu.

Article II. — Phénomènes physiologiques.

Disons tout d'abord un mot des phénomènes physiologiques du travail dans les cas de rétrécissement.

1° Les contractions sont généralement d'abord normales et régulières. Mais en présence de la résistance offerte par les parties osseuses, elles redoublent d'intensité et bientôt elles se pervertissent et se troublent jusqu'au moment où elles cessent complètement, la matrice tombant dans l'inertie. La tête ne s'engage pas ; mais ajoutons que cette difficulté de l'engagement peut ne pas tenir seulement au rétrécissement, mais à ce que le ventre est en besace, à ce que la tête est défavorablement placée par rapport au détroit supérieur.

2° La dilatation du col présente elle aussi des allures particulières. Elle se fait très lentement dans la plupart des cas et cela : 1° parce que les contractions se pervertissent, se troublent bientôt; 2° parce que la poche des eaux se rompt en général prématurément; 3° parce que la tête étant re-

tenue au-dessus du détroit supérieur, ne vient pas presser sur le col et ne joue pas sur cet organe l'office de coin dilatateur. La dilatation du col se fait aux dépens de la contraction utérine, sans être aidée par la poche des eaux et la tête fœtale, agents si puissants dans les cas normaux.

3° La poche des eaux, de même que la contraction de la matrice et la dilatation du col, offre aussi des particularités dans les cas qui nous occupent.

On observe des phénomènes bien différents selon que la résistance de la poche des eaux est plus ou moins grande.

1° La résistance des membranes peut être faible et la poche se rompt facilement sous l'influence de la pression excentrique exercée sur sa surface par le liquide amniotique. Cette poche n'aidera donc pas ou n'aidera que faiblement à la dilatation du col et le liquide amniotique s'écoulera bien souvent avant même que la dilatation ait acquis les dimensions d'une pièce de 5 francs. C'est alors que pourront se produire, surtout dans les cas de bassin cypho-scoliotique rachitique des procidences des membres ou du cordon.

2° D'autres fois l'élasticité des membranes est très grande et alors se produit un phénomène que l'accoucheur doit bien connaître sous peine de s'exposer à une erreur grave.

Le liquide amniotique s'accumulant dans le segment inférieur de la matrice pousse devant lui le segment de membrane extensible correspondant à l'orifice du col, lui fait franchir ce col, de sorte que la poche des eaux se forme, non plus en dedans du col, comme dans le cas normal, mais en dehors de ce col.

Si l'on introduit le doigt dans le vagin, on rencontre une poche volumineuse, qui peut être en boudin ou sphérique et qui remplit plus ou moins complètement le vagin ; de sorte que l'on peut croire à une dilatation complète du col, alors que celle-ci est à peine commencée.

Comme on le voit, un examen superficiel pourraît être la cause d'une erreur qui, dans la clientèle privée, ne laisserait pas que de porter atteinte à la réputation du médecin.

Tels sont les phénomènes physiologiques du travail dans les cas de rétrécissement du bassin.

Article III. — Troubles produits par le passage de la tête fœtale a travers le bassin rétréci.

Jetons maintenant un rapide coup-d'œil sur l'ensemble des conséquences de ces rétrécissements. Il va de soi que le pronostic, bien que subordonné au degré et à la forme du rétrécissement, est toujours grave et pour la mère et pour l'enfant.

Nous avons parlé plus haut des rétroversions fréquentes dans les quatre premiers mois de la grossesse; nous avons signalé les troubles de la respiration et de la circulation dépendants d'une altération de la cage thoracique et du refoulement du diaphragme par la matrice forcée de se développer exclusivement au-dessus du détroit supérieur. Relatons la fréquence des positions vicieuses du fœtus (présentations de l'épaule et de la face). La longue durée du travail qui est généralement regardée aujourd'hui comme une des causes les plus actives des graves accidents puerpéraux, et dont la cause réside dans la contusion, l'attrition des parties molles maternelles. Ces parties, en effet, sont froissées, contusionnées entre la tête fœtale, agent de compression, et la surface résistante fournie par le bassin rétréci.

Il en résulte des mortifications et des eschares consécutives, dont la chute donne lieu aux fistules vésico-utérines, vésico-vaginales, recto-utérines, recto-vaginales, uréthro-vaginales,

à des ruptures de la matrice qui sont primitives et résultent alors de la compression directe de ses parois par la tête fœtale sur le bassin, ou secondaires et consécutives à l'inflammation, au ramollissement, à la gangrène, selon l'opinion de Ramsbootan, Radfort, Simpson et Churchill.

C'est dans ces cas de lésions graves des parties molles que l'on observe des phénomènes d'infection, comme d'ailleurs toutes les fois qu'il se produit dans l'organisme des matières en voie de décomposition et de désintégration Car, ainsi que le fait remarquer Doleris (1), l'infection puerpérale est une infection qui n'emprunte rien de spécial à l'état particulier des nouvelles accouchées, si ce n'est qu'elle est plus ou moins liée à l'affaiblissement que la parturition entraîne et qu'elle trouve dans la diminution de la résistance aux agents morbides une condition favorable à sa production.

« Les accouchées sont des blessées et elles sont, en outre, des blessées à part. »

« L'hémorrhagie, la nature du traumatisme, le choc nerveux, l'épuisement dû au travail, joints à l'hypoglobulie et à des circonstances spéciales tenant à d'autres modifications du sang, aussi bien qu'à celle des tissus eux-mêmes, constituent le premier groupe de conditions prédisposantes générales. La nature de la plaie, sa situation profonde, l'existence de matières en voie de désintégration ou de décomposition: caduque, caillots sanguins; la rétention assez fréqnente de débris placentaires, qui ajoutent encore des matériaux morts à ceux qui existent déjà dans la cavité utérine, la production de plaies extérieures à la vulve ou à l'entrée du vagin, plaies exposées au premier chef et difficiles à garantir du contact des germes extérieurs, ou des liquides intérieurs qui recèlent ces germes avant même l'accouchement, les contusions profondes

(1) Doleris. De la fièvre puerpérale et des organismes inférieurs. Th. Paris. 1880.

des tissus mous environnant le canal vagino-utérin, qui détermine des processus nécrobiotiques, en compromettant notablement la vitalité de ces tissus ; l'existence de nombreux méats vasculaires ouverts à la surface de la matrice ; le rôle énergique des vaisseaux absorbants, qui commence après l'accouchement et d'où dépend la restitution *ad integrum* de l'utérus, telles sont les circonstances qui constituent le deuxième groupe des causes prédisposantes locales. »

Mais le pronostic n'est pas seulement grave pour la mère, il l'est également, sinon davantage, pour le fœtus.

Signalons la fréquence des avortements, les positions vicieuses du fœtus, la prolongation du travail, la rupture prématurée des membranes, circonstances qui sont loin d'être indifférentes pour la vie du fœtus ; signalons encore les modifications plus ou moins profondes de la tête fœtale ; les inflexions des os en forme de gouttière, de cuiller ; la disjonction du pariétal et du temporal dans la suture écailleuse, la séparation des épiphyses de l'occipital et les fractures graves.

Tel est l'ensemble des diffférents phénomènes que l'on observe généralement dans les cas de rétrécissements du bassin, et qui entachent cette lésion d'un pronostic aussi sombre que grave.

Article IV. — Fréquence et Divisions.

On comprend combien il est difficile de donner des chiffres exacts sur la fréquence des rétrécissements du bassin. Elle varie en effet avec la fréquence des causes qui lui donnent naissance et l'on doit naturellement observer beaucoup plus de cas de rétrécissement du bassin dans les pays où le rachitisme est fréquent, que dans ceux où cette affection est exceptionnelle ; par conséquent, l'on peut dire que dans les pays

humides et froids à la fois, les rétrécissements du bassin sont plus fréquents que dans les pays secs.

« Les rétrécissements du bassin seraient, en effet, rares dans l'Amérique du Nord où, suivant Dewes, on rencontre peu de rachitiques. Ils s'observent plus souvent en Angleterre et en Flandre. d'après Hull et Habeke. Ce dernier, dans le canton de Settegin, en Flandre orientale, fit, suivant Nœgelé et Grenser, en moins de 10 ans, 16 fois (dont 11 avec succès), l'opération césarienne pour cause de rétrécissement. Dans 12 cas, le rétrécissement était dû à l'ostéomalacie.»

Schwartz a rencontré le rétrécissement dans 14 p. 100 des accouchements.

« D'après Aubenas, Schrœder mesurant le bassin de toutes les femmes indistinctement, non pas avec un doigt, mais avec deux, selon le procédé de Michaelis, est arrivé « à cette conclusion, aujourd'hui générale en Allemagne, que la fréquence de l'angustie pelvienne est beaucoup plus grande qu'on ne le croyait, et que le bassin plat non rachitique, naguère encore complètement inconnu, est le plus fréquent de tous les bassins viciés (1).»

Divisions. — Les rétrécissements du détroit supérieur sont sans contredit les plus fréquents ; viennent ensuite les rétrécissements du détroit inférieur et enfin ceux de l'excavation, ces deux derniers étant presque toujours associés l'un à l'autre.

Établissons d'abord que les bassins rétrécis se divisent en :

1° Bassins également ou simplement rétrécis, c'est-à-dire que toutes leurs dimensions sont proportionnellement diminuées ;

2° Bassins inégalement rétrécis, c'est-à-dire ceux dans lesquels le rapport normal des diamètres entre eux est changé.

(1) Charpentier, Traité pratique des accouchements.

C'est principalement de ce dernier groupe que nous allons nous occuper en étudiant le bassin cypho-scoliotique-rachitique.

Article V. — Causes.

On comprend combien doivent être nombreuses les causes des rétrécissements du bassin, et nous pouvons dire d'une façon générale que toutes les fois que les conditions d'équilibre du corps sont rompues, que la canse réside dans la colonne vertébrale ou dans les extrémités inférieures, si le bassin est encore assez mou pour pouvoir être modifié par les influences extérieures, s'il n'est pas encore incrusté de substances calcaires, s'il n'est pas encore complètement solidifié, en un mot, une atteinte sérieuse pourra être portée aux rapports de ses différents diamètres, d'où résultera l'asymétrie.

1° Rachitisme.

Le rachitisme, telle est la cause la plus fréquente des rétrécissements du bassin. « Cette lésion, en effet, se caractérise essentiellement : 1° *par l'arrêt du développement;* 2° *par le ramollissement;* 3° *la fragilité et la flexibilité* des os atteints de la maladie.

Aussi en résulte-t-il que les os qui ont été atteints de rachitisme dans le bas âge, ne prennent jamais, même lorsque la maladie a disparu, leur développement complet. Nous devons ajouter que la maladie a une marche progressivement ascendante et que les déformations osseuses procèdent de bas en haut, de façon que les tibias sont atteints les premiers, puis la lésion atteint successivement les fémurs, le

bassin, la colonne vertébrale, le thorax et la tête, et elle laisse sur ces différents os des traces plus ou moins prononcées de son existence.

« Mais comme le fait observer Depaul, c'est surtout dans les cas où le rachitisme surprend l'enfant alors qu'il a déjà l'habitude de la station verticale, que l'on peut observer cette marche régulièrement ascendante et progressive de la maladie; mais si le rachitisme a débuté dès les premiers mois de la naissance, alors que l'enfant est encore porté sur les bras de sa nourrice, ce n'est plus sur les membres inférieurs que seront le plus accentuées les déformations, mais bien sur le bassin, c'est-à-dire sur la partie la plus exposée aux compressions. »

On sait que le rachitisme frappe d'arrêt de développement les os du squelette; de plus, il les ramollit et augmente leur flexibilité. Il les rend par conséquent par cela même plus aptes à se déformer sous l'influence des causes extérieures.

Parmi les causes capables d'altérer la forme du bassin, nous signalerons, avec les auteurs classiques, la pression du tronc s'exerçant de haut en bas, la contre-pression exercée de bas en haut par les fémurs et les tractions des os iliaques au niveau de la symphyse. Enfin nous y joindrons, avec Depaul, les pressions accidentelles. Ces influences combinées déterminent une diminution des diamètres antéro-postérieur et transverse.

Le rejet en arrière de la pointe du sacrum (nutation des Anglais) conséquence de la projection en bas et en avant de sa base, l'action des muscles carrés, jumeaux, obturateurs externes et internes sur l'ischion et les branches de l'arcade pubienne ramollies, déterminent au contraire une augmentation des diamètres du détroit inférieur.

Ainsi donc: 1° diminution du volume et du poids du bas-

sin; 2° diminution du diamètre antéro-postérieur au détroit supérieur; 3° augmentation de ce même diamètre au détroit inférieur, tels sont les effets produits sur le bassin par le rachitisme

II. — Déviations de la colonne vertébrale

Après le rachitisme, une des causes les plus fréquentes des altérations du bassin, c'est sans contredit la déviation de la colonne vertébrale.

L'influence des déviations de la colonne vertébrale sur les rétrécissements du bassin, n'a été sérieusement étudiée que dans ces dernières années. En 1818 et 1820, Choulant publia à Leipsig deux mémoires où cette question importante est étudiée. Plus tard J. Guérin et Bouvier revinrent à l'étude de ce sujet et c'est à eux que l'on doit la distinction importante qui existe entre les déviations rachitiques et celles qui sont indépendantes de cette lésion. Bouvier eut en outre le grand mérite de noter l'influence réciproque qui existe entre le bassin et la colonne vertébrale au point de vue des déformations. Plus tard tous les auteurs signalèrent cette influence réciproque qui est aujourd'hui parfaitement connue.

Cazeau (1) exprime ainsi son opinion: « Il ne faudrait pas croire que les déviations du rachis non rachitique n'ont aucune influence sur la conformation et la direction du bassin. »

Dans son étude approfondie des vices de conformation du bassin, Pinard s'exprime ainsi : « Toute inflexion prononcée de la colonne vertébrale, soit scoliose, soit cyphose, produite dans le jeune âge, a pour effet de relever la base du sacrum et par cela même d'agrandir le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur. »

(1) Cité par Tarnier

C'est à Léopold que l'on doit le travail le plus complet sur l'influence des déviations de la colonne vertébrale, sur les déformations du bassin et en particulier sur le bassin cypho-scoliotique-rachitique.

D'après cet auteur, «les déviations latérales de la colonne vertébrale sont fréquentes chez les rachitiques, et leur influence sur le bassin est d'autant plus accentuée qu'elles apparaissent plus tôt et que le sujet a employé ses extrémités inférieures pour la marche. Cette influence s'exerce au moyen de cinq facteurs qui agissent dans l'ordre chronologique suivant:

1° Les différentes formes congénitales du bassin;

2° La pression exercée par le poids du tronc et les contre-pressions supportées du côté des membres inférieurs, se répartissant inégalement sur les deux moitiés du bassin;

3° L'action des ligaments;

4° L'action des muscles;

5° Les conditions d'équilibre du corps.

Tous ces facteurs agissent d'une façon générale dans le même sens, en sorte qu'ils se surajoutent l'un à l'autre et se complètent les uns par les autres (1).»

Chacun de ces éléments entre pour sa part dans la production des déformations du bassin que nous allons passer en revue.

1° *Lordose.* — Nous ne parlerons pas des vices de conformation produits par une rectitude anormale de la colonne vertébrale dont le seul effet est de produire une antéversion du bassin avec conservation des diamètres sacro-pubien, tandis que les diamètres de la partie inférieure de l'excavation sont notablement rétrécis.

(1) Bassin scoliotique et sypho-scoliotique et rachitique, par le Dr Léopold, de Leipsig, analysé par Léon Dumas.

2° *Cyphose.*—Pour que le caractère du bassin cyphotique se révèle avec toute sa pureté, il faut: 1° que la gibbosité à convexité postérieure, résultant le plus souvent d'un mal de Pott, se soit produite pendant l'enfance; 2° que le bassin ne soit pas vicié par une autre cause quelconque.

«Plus la cyphose se rapproche de la partie inférieure de la colonne vertébrale, dit Chantreuil dans son remarquable travail (1), plus les effets seront accentués.» Aussi doit-on distinguer la cyphose dorso-lombaire, la cyphose lombaire et la cyphose lombo-sacrée. Dans ce dernier cas, le sacrum subit les modifications les plus importantes: sa base est portée en haut et en arrière entre les os iliaques d'une façon très prononcée. L'excavation a presque totalement disparu. La hauteur du sacrum est augmentée surtout au niveau de la face antérieure. Les os coxaux paraissent avoir tourné autour d'un axe dirigé d'avant en arrière et passant par les cavités cotyloïdes, de sorte que les fosses iliaques sont éloignées l'une de l'autre et les tubérosités, au contraire, rapprochées; l'angle que forment en avant les branches horizontales est plus étroit, plus aigu qu'à l'état normal, et au niveau de la symphyse pubienne les surfaces articulaires sont plus rapprochées en bas qu'en haut. La forme de ces bassins est donc due à deux phénomènes: 1° agrandissement du grand bassin et du détroit supérieur; 2° rétrécissement du détroit inférieur, surtout dans la direction transversale (2).

«Quand les caractères d'un bassin vicié par cyphose sont bien accentués, dit Pinard, la coupe médiane antéro-postérieure affecte la forme conique; mais à l'inverse de ce qui se

(1) Chantreuil. Etude sur les déformations du bassin chez les cyphotiques au point de vue de l'accouchement. Paris 1865.

(2) Pinard, *loc. cit.*

passe dans les bassins rachitiques de la 2e catégorie (bassins viciés par rachitisme avec abaissement du promontoire et rectitude ou convexité antérieure de cet os), la base du cône est au niveau du détroit supérieur et le sommet tronqué au niveau du détroit inférieur.»

3° *Scoliose.* — La scoliose (du mot σκολιος, incliné) est une inclinaison latérale de la colonne vertébrale. Elle peut être liée au rachitisme ou complètement indépendante de cette affection, point d'une haute importance, car tandis que dans ce dernier cas elle survient tardivement, alors que le squelette a complètement acquis tout son développement, et que la maladie localisée à la colonne vertébrale laisse pour ainsi dire intact le bassin et les autres parties du squelette, dans le premier cas, la déviation vertébrale intimément liée au rachitisme, tout le squelette est pris, et non seulement la colonne vertébrale est touchée, mais le bassin, les membres sont plus ou moins atteints par la maladie. De là, en dehors des lésions propres du bassin, des incurvations, des arrêts de développement de ces membres qui donnent à ces femmes des aspects caractéristiques et absolument différents.

Lorsque la scoliose est simple, dit Charpentier, elle est pour ainsi dire limitée aux thorax : celui-ci est alors tassé, affaissé sur lui-même et laisse aux membres une longueur qui paraît d'autant plus considérable et disproportionnée, que cet affaissement du thorax est plus prononcé. Aussi est-ce avec juste raison qu'on a comparé ces femmes aux oiseaux échassiers.

La lésion n'est plus aussi limitée dans le cas de rachitisme. Le bassin a subi de notables modifications qui rendront l'intervention de l'accoucheur absolument nécessaire. Le bassin scoliotique rachitique étant plus fréquent et plus

important au point de vue de l'accouchement que le scoliotique non rachitique, nous le décrirons seul.

4° *Cypho-scoliose-rachitique.*— Nous avons passé en revue l'influence du rachitisme, de la scoliose et de la cyphose sur la déformation du bassin. La réunion de ces différentes lésions sur le même individu nous donnera, du côté du bassin, des vices de conformation combinés, variés, multiples. Mais n'oublions pas que, comme le dit Pinard (1), quand la cyphose vient compliquer le rachitisme, il en résulte des modifications extrêmement importantes, bien indiquées déjà par Chantreuil.

« Le rachitisme, comme on le sait, a surtout pour effet de rétrécir le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur et d'agrandir dans un grand nombre de cas, d'une façon relative, le détroit inférieur.

«La cyphose amène un résultat diamètralement opposé, d'où il s'en suit que ces deux causes morbifiques se neutralisent, et que dans ces cas le bassin est bien moins vicié que si l'une d'elles avait agi isolément. On pourrait dire que de ces deux causes, l'une joue par rapport à l'autre le rôle de lésion compensatrice. A l'appui de cette assertion, M. Chantreuil donne les mesures des principaux diamètres d'un bassin appartenant à la collection de Clamart. Le squelette offre à un très haut degré les déformations rachitiques des membres et du thorax, et, de plus, porte au niveau de la région dorso-lombaire une cyphose arrondie due également au rachitisme. Sur ce bassin (N° 552), on reconnaît encore quelques caractères du rachitisme, mais ils sont peu accentués.»

Kœnig fait également remarquer que les déformations dans la cyphose-scolio-rachitique étant dues à des forces dont les

(1) Pinard, des vices de conformation du bassin.

résultats diffèrent, elles seront complexes et variables suivant que l'une ou l'autre de ces forces aura commencé à agir plus tôt pendant la période du développement osseux.

Dans le cas de *cypho-scoliose non rachitique*, si la cyphose et la scoliose siègent très haut, le bassin peut rester sans déformation; si la cypho-scoliose siège à la région dorsale inférieure, la cyphose agit le plus souvent, mais elle ne manifeste guère son action que sur le sacrum. La scoliose au contraire, ne déforme le bassin que s'il s'établit une courbure de compensation.

Voici maintenant, d'après Charpentier, quels sont les caractères que Léopold donne aux bassins cypho-scoliotique non rachitique et cypho-scoliotique rachitique:

« 1° Le conjugué vrai, comparativement à ce qui se passe dans le bassin scoliotique, est agrandi et se rapproche du type cyphotique pur. Tandis que dans le bassin scoliotique, il oscille entre 6 centimètres et demi et 8 centimètres et demi, il oscille dans ce cas entre 8 et 12 centimètres et demi; il atteint donc ou dépasse les dimensions normales.

2° Le diamètre droit (A P) du détroit inférieur est diminué, et cela non pas seulement d'une façon relative et absolue; car, d'une part, il a toujours en moyenne 2 centimètres de moins que les dimensions normales, et, d'une autre part, il se comporte vis-à-vis du conjugué vrai, exactement en sens inverse de ce qui se passe dans la scoliose.

Tandis que dans la scoliose, il est en moyenne de 34 p. 100 plus grand que le conjugué vrai, dans la cypho-scoliose rachitique, il lui est sensiblement égal, ou même inférieur de 32 p. 100 environ. Tandis que dans le bassin normal il dépasse le conjugué vrai de 35 p. 100, et dans le bassin rachitique de 52 p. 100, dans le bassin cyphotique, il est de 44 p. 100 plus petit que le conjugué vrai.

3° Le sacrum est allongé comme dans le bassin cyphotique.

Sa hauteur antérieure a relativement augmenté, car elle est de 5 à 25 p. 100 plus grande que dans le bassin rachitique ordinaire; une fois seulement, Léopold l'a trouvée diminuée de 6 p. 100.

4° Le conjugué normal est tantôt raccourci, tantôt augmenté, suivant le type rachitique. Tandis que dans le bassin normal il dépasse le conjugué de 19 p. 100, et dans le bassin rachitique de 36 p. 100; dans le bassin cypho-rachitique, il est plus petit que le conjugué vrai de 5 à 14 p. 100 (3 cas), ou plus grand de 18 à 36 p. 100 (5 cas).

5° La distance qui sépare les épines iliaques antérieures et supérieures est agrandie d'une façon relative ; elle est égale ou supérieure à celle qui sépare les crêtes iliaques.

6° Le diamètre tranverse antérieur du détroit supérieur est agrandi d'une façon relative. Dans le bassin scoliotique, il est de 34,5 à 10,5 p. 100 plus petit qu'à l'état normal; dans le bassin cypho-scolio-rachitique, de 17,5 à 10,5 p. 100. De plus, tandis que dans le bassin normal, la distance qui sépare les épines l'emporte sur le diamètre transverse antérieur de 97,5 p. 100, et dans le bassin scolio-rachitique de 121 p. 100; dans le bassin cypho-scolio rachitique, cet écart va de 134,5 à 147 p. 100. En ce qui concerne les crêtes, cela va de 122 ½ p. 100 à 153 p. 100. De là résulte ce fait, que dans le bassin rachitique ordinaire, la distance des crêtes iliaques, par rapport au diamètre transverse antérieur reste un peu au-dessous de celle des épines; tandis que dans le bassin scolio-rachitique, la proportion redevient ce qu'elle est dans le type cyphotique.

7° Le diamètre transverse du détroit inférieur est raccourci.

Donc, en résumé :

1° La distance qui sépare les crêtes iliaques et les épines iliaques antérieures et supérieures est agrandie.

2° Au détroit supérieur, le conjugué vrai est agrandi relativement, et en partie d'une façon absolue.

3° Le grand diamètre transverse est agrandi d'une façon absolue. Mais, comme dans le bassin normal et scoliotique-rachitique, il dépasse le conjugué vrai, tandis que dans le bassin cyphotique il est toujours plus petit que le conjugué.

4° Les diamètres obliques, comparativement à ce qui se passe dans le bassin scoliotique-rachitique, sont en moyenne agrandis; ils correspondent donc au type cyphotique. De plus, par suite de l'asymétrie du bassin, ils sont inégaux et diffèrent suivant le degré de cette asymétrie de $^1/_4$ à 2 centimètres et demi.

5° Les distances sacro-cotyloïdiennes sont relativement agrandies et diffèrent entre elles de 3 à 6 centimètres, suivant le degré de compression unilatérale. Il résulte de ces lois, que l'extrémité antérieure du diamètre le plus petit se trouve ordinairement du côté qui est opposé à l'inflexion cypho-scoliotique de la colonne vertébrale dans ses dernières vertèbres thoraciques.

La forme du bassin, dit Charpentier, est donc celle d'un entonnoir, c'est-à-dire directement opposée à celle qui caractérise le bassin rachitique.»

Nous allons rapidement passer en revue les moyens les plus employés pour arriver au diagnostic précis du rétrécissement du bassin.

Article IV. — DIAGNOSTIC.

On pourra bien souvent reconnaître un rétrécissement du bassin au seul aspect des déformations extérieures. Que l'on constate une déformation du tronc, un raccourcissement, une luxation des extrémités inférieures, ce seront là des signes

de présomption et l'on devra craindre un rétrécissement du bassin. Il en sera de même si l'on a affaire à une femme présentant les signes extérieurs du rachitisme; à plus forte raison en serait-il de même si l'on se trouvait en présence de cas analogues à celui d'Alshansen où la femme marchait comme un quadrupède, à celui de Bettac où la tête et la partie supérieure du tronc étaient inclinées jusqu'au niveau du bassin. Ce sont là des signes de probabilité.

Il existe d'autres signes dits de certitude et qui se tirent de l'examen direct du bassin.

C'est la pelvimétrie qui fournit les moyens de reconnaître non seulement le degré de rétrécissement, mais encore sa forme et son siège.

Mais pour apprécier un rétrécissement, il faut connaître les dimensions du bassin normal qui, d'après Cazeaux, seraient les suivantes:

Détroit supérieur:	Diamètre *A. P.*	11	cent.
	— oblique	12	—
	— transverse	13	—
Excavation: Tous les diamètres ont		12	—
Détroit inférieur: Tous les diamètres ont		11	—
De l'épine iliaque antérieure et inférieure d'un côté et celle du côté opposé		21	cent. ½
De l'épine iliaque antérieure et supérieure d'un côté à celle du côté opposé		24	—
Du milieu de la crête iliaque d'un côté, au milieu de celle du côté opposé		27	—
Du milieu de la crête iliaque à la tubérosité de l'ischion		9	—
De la partie antérieure et supérieure de la symphyse du pubis au sommet de la première apophyse épineuse du sacrum		19	—
De la tubérosité sciatique d'un côté à l'épine			

iliaque postérieure et supérieure du côté opposé. 17 cent. ½

De l'épine iliaque antérieure et supérieure d'un côté à l'épine iliaque postérieure et supérieure du côté opposé. . . . . 21 —

De l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre lombaire à l'épine iliaque antéro-supérieure de l'un et l'autre côté . . . . . 17 cent. ½

Du grand trochanter d'un côté à l'épine iliaque postéro supérieure du côté gauche. . . . . 25 —

Du milieu du bord inférieur de la symphyse du pubis à l'épine iliaque postérieure de l'un et l'autre côté. . . . . 17 —

DIFFÉRENTS MODES DE MENSURATION.

Maintenant que nous avons des points de repaire pour y rapporter les mensurations fournies dans un cas donné, voici quelles sont les méthodes à employer pour arriver au résultat.

Pelvimétrie digitale. — C'est W. Johnson et W. Stein qui les premiers reconnurent l'utilité de l'exploration manuelle pour la détermination des rétrécissements du bassin; plus tard, Baudelocque l'employa également. Depuis elle est définitivement entrée dans la pratique journalière. Pour arriver à ce but, on procède de la façon suivante: après avoir porté le doigt dans le vagin, on le dirige en haut et en arrière, vers le promontoire que l'on reconnaîtra aisément à la saillie qu'il forme et à la dépression transversale que présente au-dessus de lui l'articulation sacro-lombaire.

Une fois l'extrémité de l'index solidement appuyée sur la base du sacrum, on relève le poignet jusqu'à ce que le bord radial de l'index soit arrêté par le bord inférieur de la sym-

physe du pubis. Avec l'indicateur de l'autre main, on écarte soigneusement les grandes lèvres et l'on marque ensuite avec l'ongle le point du doigt introduit qui correspond au bord inférieur de la symphyse. On retire ensuite le doigt et on le place sur un double décimètre pour apprécier la distance qui sépare le promontoire du sommet de l'arcade pubienne. Pour avoir ensuite la mesure exacte, il faut retrancher, d'après Jaquemier, 6 à 9 millim., d'après Mme Lachapelle et Pajot, 10 millim., d'après Bailly 11, Nœgelé 13 à 17, Dubois et Cazeaux 6 à 9, Depaul 15 millim. L'indication de Nœgelé nous paraît la plus exacte.

2° *Compas d'épaisseur de Baudelocque.*—Pour se servir de cet instrument, on fait coucher la femme sur le côté, on cherche alors l'apophyse épineuse de la première vertèbre sacrée, ou la fossette qui est au-dessus. On applique dessus l'un des boutons de l'instrument. On cherche ensuite le sommet de la symphyse pubienne et on applique à ce point l'autre bouton de l'instrument. On serre un peu et on lit sur l'échelle graduée les centimètres qui expriment l'écartement d'un bouton à l'autre.

Si le bassin est bien conformé, on trouvera environ 19 cent. Le diamètre antéro-postérieur sera d'autant plus rétréci que la mensuration donnera un chiffre moindre.

Pour connaître l'écartement des deux épines iliaques antérieures et supérieures, on n'aura qu'à poser les boutons de l'instrument sur chacune d'elles.

On procédera de même pour connaître les distances bi-ischiatiques, bi-trochantériennes, etc.

Nous citerons encore parmi les différents instruments servant à la pelvimétrie, le pelvimètre de Hubert de Louvain, celui de Depaul, de Van Huevel, enfin, le céphalomètre de Budin.

Tels sont les moyens que nous possédons pour arriver à la connaissance des rétrécissements du bassin, de leur degré, de leur forme et de leur siège. C'est là un point du problème qui est d'une haute importance et qu'il est toujours possible d'élucider par des examens approfondis et répétés. Il serait à désirer qu'il en fût de même pour la détermination de l'âge de la grossesse.

CHAPITRE II

TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS DU BASSIN.

Dès 1847, Simpson étudiait le mécanisme de l'accouchement dans les rétrécissements du bassin, et il était suivi dans cette voie par Radfort, qui, quoique en désaccord avec lui sur certains points, arrivait à la même conclusion: que la tête passe plus facilement quand elle vient la dernière que quand elle se présente la première ; et tous deux concluaient aux avantages de la présentation pelvienne, et à la supériorité de la version podalique sur le forceps.

Déjà M^me^ Lachapelle avait dit depuis longtemps: « Dans la version, la tête franchit le conjugué par un diamètre plus petit que dans la présentation du sommet. » Et la célèbre sage-femme avait obtenu par la version, dans les bassins rétrécis, des résultats si favorables qu'ils ont été mis en doute presque généralement.

Voici encore à ce sujet l'opinion de Schatz: « Il a pratiqué 40 ou 50 fois la version dans des bassins rétrécis et il a toujours obtenu des enfants vivants. La plupart des femmes soumises à son observation avaient eu dans des accouchements antérieurs des enfants morts, soit à la suite d'application de forceps, soit de perforation du crâne. »

Cohnsteim partage également l'opinion de M^me^ Lachapelle et donne la préférence à la version sur le forceps. Parmi les partisans de la version, nous citerons: Lowenhardt, Berne, Blot, Mac-Clinton, Martin, Kristeller, Simpson (d'Edimbourg),

Radfort (de Manchester), Barnes (de Londres). « En France, au contraire, dit M. Grynfeltt (de Montpellier) (1), nous donnons généralement la préférence au forceps, sauf dans le cas debassin oblique ovalaire, pour lequel, de l'aveu de tout le monde, la version est plus avantageuse. Cazeaux pourtant. après l'examen appronfondi des travaux publiés en Angleterre, était reveuu aux idées de Mme Lachapelle, et M. le professeur Dumas en est ici le défenseur. La version, nous le savons pertinemment, lui a donné de beaux succès. »

Nous ajouterons qu'aujourd'hui à l'école de Montpellier, M. le professeur Léon Dumas donne également la préférence à la version sur le forceps, dans les cas de rétrécissement. Les autres écoles au contraire semblent avoir subi l'influence de Joulin et préfèrent le forceps à la version. Mais disons vite que cette vieille question de la préférence de l'une à l'autre méthode est loin d'être tranchée. « La rivalité entre l'extraction par les pieds ou bien à l'aide du forceps dans le cas de rétrécissement du bassin existe depuis longtemps, dit le professeur Mathews Duncan; mais aujourd'hui encore la lutte est aussi vive que jamais. Les combattants de chaque côté se font une guerre de mots inutiles et vains. La question est, il est vrai très difficile, mais ce n'est pas avec des hypothèses ingénieuses et des théories habiles qu'on parviendra à la résoudre; l'observation clinique, les recherches expérimentales et la statistique pourront seules permettre d'arriver à une solution définitive (2). »

« Le problème est en effet très complexe, dit Budin (3). Si

(1) Grynfeltt, Emploi du forceps pour l'extraction de la tête du fœtus après la sortie du tronc.

(2) J. Mathews Duncan, *The obstetrical journal*, nov. 1873, p. 540.

(3) De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique. p. 87, Budin, 1876.

la femme est arrivée à terme, faut-il pratiquer la version ou appliquer le forceps? Si la femme est au milieu de sa grossesse, doit-on attendre la fin de la gestation ou bien provoquer avant terme l'accouchement prématuré, et dans ce dernier cas devra-t-on encore préférer le forceps ou la version? On devrait aussi tenir compte et du degré et de la forme du rétrécissement; il faudrait pouvoir arriver à la connaissance exacte du volume de la tête, de la longueur de ses différents diamètres, de sa réductibilité, etc. Et, en supposant qu'un jour la question puisse être complètement résolue, grâce aux recherches expérimentales et à l'accumulation de nombreuses observations cliniques, il sera toujours laissé beaucoup pour chaque cas particulier à la sagacité du médecin.»

« Depuis l'époque où M. Mathews Duncan a prononcé son remarquable discours, deux auteurs répondant à son appel ont livré à la publicité les résultats de leur pratique: l'un est M. le Dr William Goodell (de Philadelphie), l'autre M. Alexandre Milne (d'Edimbourg); comme ces travaux sont récents et forts curieux, et comme, de plus, beaucoup de leurs résultats concordent ou peuvent être mis en comparaison avec ceux que nous avons obtenus par l'expérimentation, nous croyons devoir en donner d'abord une analyse succincte.»

M. Goodell (1) pratique la version à terme. « Si le rétrécissement est léger, dit M. Budin dans son analyse du travail de ce dernier, on essaie une ou plusieurs applications de forceps; si, avec son aide, on n'a pu engager la tête de l'enfant au détroit supérieur, il faudra avoir recours à la version. Dans les bassins dont le diamètre conjugué mesure de 7 à 8 centimètres, il faut d'emblée faire la version.

« Il opère cette version d'une façon toute spéciale: il allie de vigoureuses tractions sur le tronc à une forte pression,

(1) Mémoire lu devant la Soc. obst. de Philadelphie. Févr. 1875.

exercée par un aide sur la tête fœtale restée la dernière.

« Quels résultats a-t-il obtenus? En résumant ses dix observations, on trouve que dans quatre cas, les enfants extraits par la version sont nés vivants. Tous présentaient des dépressions ou des enfoncements du crâne qui n'ont été suivis d'aucune complication; l'un avait de plus une luxation de la clavicule.

» Deux de ces observations sont relatives à des femmes primipares, chez lesquelles aucune application de forceps n'avait été tentée.

» Chez les deux autres femmes, on avait déjà, dans des accouchements antérieurs, obtenu des enfants vivants avec le forceps: ces observations ne sont donc pas concluantes.

» Trois autres sont des insuccès, les enfants sont nés morts; l'un avait un enfoncement considérable du crâne avec fracture des os; l'autre avait une rupture de la colonne vertébrale.

» Restent maintenant trois succès véritables, si on veut bien ne tenir aucun compte des lésions produites sur le fœtus: la version a donné des enfants vivants, alors que dans les accouchements antérieurs, on avait dû pratiquer la crâniotomie. L'opérateur a senti une secousse au moment où passait la tête d'un de ces enfants; le second avait un enfoncement du pariétal; le troisième offrait non seulement un enfoncement fort large du crâne, mais encore une fracture de la clavicule. Dans ces trois derniers cas, le diamètre conjugué du bassin mesurait de 7 centimètres à 8 centimètres $^3/_4$.

» Ainsi donc, M. Goodell pratique la version chez des femmes arrivées au terme de leur grossesse. Les succès qu'il a obtenus peuvent être fort discutés. On remarquera, de plus, qu'il produit l'enfoncement presque constant d'un des pariétaux, lésions qui certes, dans beauconp de cas, est compatible avec la vie, mais qui suffit pour démontrer l'exactitude de

cette assertion : « Quand la tête vient la dernière, elle est saisie par le diamètre conjugué en un point antérieur à sa plus grande largeur, suivant son diamètre bitemporal (1). » A terme tout au moins, il n'en est pas ainsi.

« Le mémoire de M. Alexander Milne, sur le même sujet, n'est pas moins intéressant. Suivant M. Budin : « L'auteur emploie la version dans les rétrécissements du bassin, mais la version combinée à l'accouchement prématuré, à l'accouchement provoqué plus ou moins longtemps avant le terme de la gestation, suivant le degré du rétrécissement. Il relate l'histoire de six femmes ayant des bassins viciés : un bassin était rétréci dans tous ses diamètres et son conjugué mesurait 7 centimètres et demi. Les cinq autres étaient rétrécis, suivant leur diamètre antéro-postérieur ; quatre mesuraient dans ce sens 7 centimètres et demi et le cinquième 6 centimètres et quart. Ces six femmes avaient mis au monde 12 enfants, dont 11 avaient succombé pendant l'accouchement, soit qu'on eût appliqué le forceps, soit qu'on eût fait la crâniotomie. Dans toutes les grossesses qui suivirent, M. A. Milne provoqua l'accouchement prématuré et fit la version. Sur 38 cas, il obtint 35 enfants vivants, 3 seulement vinrent morts

»Et la plupart de ces enfants ont survécu : 7 sont morts pendant leur jeunesse, le sort de 11 d'entre eux est ignoré ; 17 sont vivants. M. Milne pense donc que ce procédé est de beaucoup plus préférable aux autres.»

Nous ne pouvons quitter ces recherches sans parler de celles de Champetier de Ribes qui, dans un mémoire très bien fait, paru en 1879, étudie successivement : 1° le mécanisme de la descente de la tête ; 2° la valeur relative des moyens employés ; 3° la force déployée et les résultats

(1) R. Barnes. Leçons sur les opérations obstétricales, traduites par le Dr Cordes, p. 219.

obtenus ; 4° les lésions produites. Il a surtout insisté sur les avantages que l'on peut retirer des pressions vigoureuses, exercées sur le fond de la matrice, à travers la partie inférieure de la paroi abdominale. Il a montré que, dès 1812, Wigand conseillait déjà de faire sur la tête ces pressions extérieures, pratiquées plus tard par Strassmann en 1858, Martin en 1865, C. Braun en 1867, Kristeller en 1867, Barnes en 1865, Schrœder en 1870, Suchard en 1872, Goodell et Ruge en 1876. Il rappelle que Tarnier a employé deux fois avec succès l'*expression*, qui est de même employée par Math. Duncan, et que les auteurs l'associent aux tractions sur le maxillaire inférieur. Il cite, à propos des bassins rétrécis, le procédé du Dr Stewart, qui consiste à exercer des pressions tantôt sur le front, tantôt sur l'occiput, en même temps que l'on tire sur le tronc. Enfin, Champetier, de ses expériences personnelles, tire les conclusions suivantes : « Le meilleur moyen de faire passer la tête à travers la filière pelvienne, lorsque le tronc est sorti, est : 1° de prendre un point d'appui sur le maxillaire inférieur, pour déterminer la flexion de la tête ; 2° de faire en même temps des tractions dirigées en arrière ; 3° d'associer à ces manœuvres l'expression faite par la main d'un aide, *non pas sur toute la tête*, mais plus particulièrement sur la région frontale du fœtus, la paume de la main embrassant cette région et l'abaissant suivant la direction de l'axe du détroit supérieur. »

D'après Budin, la version serait préférable dans le cas de fœtus avant terme. Au contraire, lorsque le fœtus est à terme, c'est au forceps qu'il faudrait donner la préférence.

« Dans le premier cas, dit Budin, la traction est toujours moindre lorsqu'on fait la version, et beaucoup plus considérable lorsqu'on emploie le forceps, et l'application du forceps ne paraît réussir que si la tête étant en position transversale, on la saisit fléchie et du front à l'occiput. Parfois, il

n'y a pas d'enfoncement du crâne à la suite de la version; d'autres fois, mais rarement, il y a une dépression ou un léger enfoncement d'un des pariétaux. Il semble donc que le précepte formulé par Barnes soit exact: «Quand le diamètre conjugué est rétréci, la version est le complément obligé de l'accouchement prématuré de 7 ou 8 mois.»

Au contraire, lorsque le fœtus est à terme, l'application du forceps réussit mieux, les tractions doivent être moins fortes qu'avec la version, qui, dans les rétrécissements au dessous de 7 centimètres, semble ne devoir point permettre la sortie d'un fœtus à terme vivant et viable.

L'auteur nous donne en outre l'explication de ces différents phénomènes: «Toutes les fois qu'un fœtus de 7 mois était engagé par les pieds, la tête étant placée transversalement au-dessus du détroit supérieur, aussitôt que commençaient les tractions, on voyait la tête se fléchir, le menton s'abaissait de plus en plus, puis la traction étant continuée, le crâne franchissait le rétrécissement.» Il y avait donc deux mouvements; un premier de flexion, un second de descente.

«Ce mouvement de flexion, continue M. Budin, a pour conséquence de venir placer en rapport avec le diamètre antéro-postérieur ou minimum du bassin, le diamètre transversal le plus réductible et en même temps le plus petit de la tête du fœtus, c'est-à-dire le diamètre bitemporal. En effet, lorsque la tête est droite, la distance qui sépare l'origine de cette suture fronto-pariétale de la pointe de l'occipital, est plus considérable que la moitié du diamètre transverse du bassin; au fur et à mesure que la tête se fléchit, à cette ligne en succède une autre plus courte qui s'étend de l'origine en bas, de la même suture fronto-pariétale à la nuque.

Le diamètre bi-temporal peut ainsi se mettre en rapport avec le diamètre promonto-pubien. Et non seulement il est le diamètre transverse le plus court de la tête, mais encore

il est plus réductible que le diamètre bi-pariétal, puisque de chaque côté il aboutit à une suture. Aussi voit-on, en commençant les tractions, la tête s'abaisser, glisser pour ainsi dire toute seule ; ce mouvement est facilité par deux conditions : 1° par l'arrêt de la surface postérieure de l'occipital sur le bord du détroit supérieur, et 2° par l'inclinaison, l'obliquité de la surface du pariétal, surface inclinée et surtout dépressible d'arrière en avant, de la bosse pariétale vers la suture pariéto-frontale.

»Par ce mécanisme, on voit donc un diamètre plus petit succéder à un diamètre plus grand, ce qui facilite la sortie de la tête chez le fœtus à terme; le même mouvement de flexion s'exécute, mais la ligne qui s'étend de la suture fronto-pariétale à la pointe de l'occiput et même à la nuque est toujours trop considérable pour permettre au diamètre bi-temporal de se mettre en rapport avec le diamètre promonto-pubien du bassin. De là la difficulté et quelquefois l'impossibilité de l'accouchement, car c'est non seulement un diamètre plus large, mais encore un diamètre moins réductible, un diamètre bi-pariétal qui arrive à se placer parallèlement au diamètre antéro-postérieur rétréci du détroit supérieur. De là aussi cette fréquence si grande de l'enfoncement d'un pariétal chez le fœtus à terme.»

On voit de suite quel jour les recherches de Goodell, de Milne et de Champetier viennent apporter dans la grande discussion de la préférence du forceps à la version dans les cas de rétrécissement du bassin. Mais comme nous venons de le voir, la version ne devra être préférée que tout autant que l'on aura affaire à un fœtus avant terme. Ici se pose donc la question de l'accouchement prématuré.

CHAPITRE III.

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

Définition.— L'accouchement prématuré artificiel est *une opération* ayant pour but de mettre en jeu prématurément la contraction utérine, dans l'intérêt de la mère et de l'enfant, de façon à amener l'expulsion du fœtus avant le terme de la grossesse, mais à une époque où celui-ci est apte à vivre de la vie extra-utérine, c'est-à-dire est viable.

1° *Historique.* — Dans le cas d'hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta, Justine Siegmundin, en 1690, Puzos en 1707 et Bohn en 1717, conseillaient la perforation des membranes ; ils ne pratiquaient, en somme, que l'accouchement prématuré. Plusieurs années après, cette méthode fut admise comme pratique obstétricale ; en 1756, dit Denmann, les médecins les plus notables de Londres se réunirent en société pour délibérer sur la valeur morale et pratique de ce procédé, ayant remarqué qu'un grand nombre de femmes, atteintes de rétrécissements du bassin, avaient mis au monde des enfants viables. C'est ainsi qu'à l'Angleterre revient l'honneur de cette méthode,

Les uns disent que l'accouchement prématuré a été pratiqué pour la première fois par Marie Dunally, sage-femme, les autres par Macaulay, puis par Kelly. En Angleterre, la provocation de l'accouchement prématuré fut répandue rapidement par les efforts de Ramsbootham, Denmann, Clark. Barlow, Burns, Marshall et Merrimann.

En Allemagne, Mai conseilla l'opération le premier en 1799, suivi par Weidmann; Wenzel s'en servit en 1804. En 1813, Krauss la pratiqua; elle fut adoptée en 1818 après la publication de Reisinger. Les partisans de cette méthode furent Osiander, Stein le jeune, Joerg, puis Kluge, Ritgen, et aujourd'hui elle est d'une pratique courante.

En Hollande, Salomon, J. Themmen, Vrolik, Wellenbergh pratiquèrent l'accouchement prématuré.

En Italie, Lovati, Ferrario, Billi signalent des succès.

En France, proposée en 1718 par Roussel de Vauzesmes, rejetée par l'Académie de médecine en 1827 sous l'influence de Baudelocque, elle fut enfin pratiquée par Stolz en 1831. Le succès fut si éclatant, qu'il fallut bien se rendre à l'évidence. P. Dubois obtenait, de 1823 à 1834 par ce procédé, les mêmes résultats que Stolz; et à partir de ce moment, grâce aux efforts de Dezeimeris, de Lacour, de Ferniot, de Lazar, Sée, les observations et les travaux se multipliant, cette opération est entrée aujourd'hui dans la pratique de tous les accoucheurs français.

Depuis que la provocation de l'accouchement prématuré est entrée dans la pratique, le champ des indications est devenu considérable. Nœgelé et Grenser résument les conditions de ces indications sous les quatre chefs suivants:

1° Diagnostic exact de la conformation du bassin;

2° Détermination aussi précise que possible de l'époque de la grossesse;

3° Certitude de la vie du fœtus;

4° Absence de maladies sérieuses qui pourraient être aggravées par le fait même de l'opération.

2° *Indications.* — Nous passerons en revue les différentes indications morbides de l'accouchement prématuré. Parmi ces

indications, nous citerons les vomissements incoercibles (1), les hémorrhagies (2), l'éclampsie, les affections aiguës ou chroniques des appareils respiratoire et circulatoire (3), l'hydramnios, l'ascite, l'anémie grave des femmes enceintes. les tumeurs abdominales, les maladies intercurrentes, épidémiques ou autres.

Mais la plus fréquente des indications de l'accouchement prématuré artificiel, celle pour laquelle il a été tout d'abord pratiqué, est incontestablement l'angustie pelvienne.

Mais les auteurs ne sont pas d'accord sur les limites que l'on doit fixer au rétrécissement, pour que l'on soit autorisé à provoquer l'accouchement, et cela aussi bien par la limite supérieure que par l'inférieure.

Nœgelé et Grenser fixent les limites entre 90 et 95 millimètres. Schrœder ne donne pas de limite supérieure; quant à la limite inférieure, elle est pour lui de 6 centimètres $^3/_4$.

Jacquemier descend jusqu'à 6 centimètres et demi.

Velpeau 6 centimètres $^3/_4$.

Cazeaux et Depaul, 6 centimètres.

(1) C'est Simond, le premier qui, en 1813, se décida à intervenir en pratiquant l'avortement dans les cas de vomissements incoercibles. Le succès couronna son audacieuse entreprise. Depuis, des faits analogues se sont multipliés, et l'on peut dire que si l'avortement n'a pas réussi plus souvent, c'est que souvent il a été employé trop tardivement.

Guéniot, sur 32 cas désespérés de vomissements incoercibles, cite 21 guérisons et 11 morts. Sur ces 21 guérisons, il y a eu 6 accouchements prématurés à 7 et 8 mois.

(2) Baudelocque, cet ardent adversaire de l'accouchement prématuré, sous l'influence duquel l'Académie de médecine rejetait cette opération en 1827, s'exprimait ainsi: « Il n'est permis de provoquer l'accouchement prématuré que dans les hémorrhagies abondantes qui ne laissent de salut pour la femme que dans la délivrance. C'est un devoir dans cette circonstance, c'est une cruauté dans une autre »

(3) Tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord pour provoquer l'accouchement prématuré dans les cas d'accidents gravido-cardiaques prononcés, mais il n'en est pas de même de l'avortement. Ici les auteurs sont partagés; les uns le pratiquent, d'autres le rejettent.

Tarnier descend jusqu'à 5 centimètres et demi.

Il résulte des chiffres donnés dans les thèses de Rigault et de Stanesco, que l'accouchement prématuré est toujours mortel pour l'enfant au-dessous de 6 centimètres.

Il semble donc, comme le fait observer Charpentier, qu'au dessous de ce chiffre on doive renoncer à l'accouchement prématuré.

3° *Contre-Indications.* — 1° Des auteurs ont cru trouver une contre-indication à l'accouchement prématuré artificiel dans le cas de rétrécisssment par ostéo-malacie. Nous répondrons en disant que cela dépend essentiellement de la période de l'altération ostéo-malacique. Car l'accoucheur doit savoir que dans la période de ramollissement, le fœtus peut parfaitement traverser le rétrécissement de la filière pelvienne, sous la seule influence des contractions utérines. Lazzati et Barnes ont cité des cas analogues.

2° D'après certains auteurs, toute présentation autre que celle du crâne, serait une contre-indication à l'accouchement prématuré artificiel. Cette objection n'a pas toute la portée qu'on lui a donnée.

Les présentations transversales ne sont nullement une contre-indication de l'opération, puisque l'engagement de la tête ou du siège leur succède presque toujours soit naturellement, soit par l'effet de l'intervention de l'art.

3° Certains auteurs voient une contre-indication dans l'état de primiparité de la mère. Ils prétendent qu'on ne doit intervenir que chez les femmes qui ont eu une première fois un accouchement difficile. C'est aller trop loin. Ne peut-on pas, par la pelvimétrie, parvenir à reconnaître un rétrécissement même faible? Une bonne pelvimétrie met l'objection de côté.

4° D'autres encore: 1° dans la grossesse gemellaire, car les

fœtus sont ici plus petits et l'on peut par conséquent reculer la limite de l'intervention ; 2° dans les cas où le bassin est obstrué par des tumeurs qui se déplacent dans l'abdomen et qui changent de consistance que l'on peut ponctionner.

5° On a encore objecté que l'organisme n'était pas encore préparé au grand acte de la parturition, que ces modifications ne sont pas encore complètes. Cela est vrai, mais par contre le fœtus est plus petit, et puis d'ailleurs l'on peut et l'on doit soutenir l'action de la matrice, une fois sa contraction mise en jeu, l'aider en un mot, et surveiller le travail.

Age de la grossesse. — Une question qui a depuis longtemps exercé la sagacité des accoucheurs et qui, croyons-nous, restera peut-être longtemps sans solution, est celle qui a trait à la détermination précise de l'âge de la grossesse.

S'il est en effet toujours possible d'arriver à la connaissance à peu près exacte de la forme, de la variété et du degré du rétrécissement, il est loin d'en être de même en ce qui concerne l'âge de la grossesse et le volume du fœtus, deux conditions cependant d'une importance capitale.

Sans y insister trop longtemps, les points de repère ordinairement choisis pour cette détermination sont : 1° l'époque du coït fécondant quand elle est connue ; 2° la dernière époque menstruelle ; 3° le moment où l'on perçoit les premiers mouvements du fœtus.

Or, on connaît bien rarement la date du coït fécondant ; celle du jour où l'on perçoit les premiers mouvements actifs du fœtus est un point de départ défectueux pour le calcul (la femme peut l'oublier ou ne pas ressentir les mouvements du fœtus) (1). C'est donc la dernière mens-

(1) Cas de Campbell. J'ai, dit-il, connu une dame, mère de neuf enfants, et qui à l'exception de la première grossesse, n'a jamais senti aucun mouvement du fœtus.

truation qui, au point de vue clinique, sera la meilleure base pour la fixation du terme de la grossesse.

Et encore ce point de repère peut nous faire complètement défaut, car il est des femmes qui conçoivent lorsque la menstruation est suspendue; l'exemple le plus fréquent nous en est fourni par les mères qui allaitent leur enfant et chez lesquelles la grossesse devance la réapparition du flux menstruel.

Il peut y avoir ovulation sans menstruation. C'est ce qui résulte des travaux récents de Girondel, de Beigel, Paul Mundé et de Sinety. Ce dernier a trouvé des traces de corps jaunes récents chez une femme morte phthisique et qui n'avait pas vu ses règles depuis longtemps.

Même lorsque les règles existent, l'erreur est souvent possible. Suivant Charpentier : « Sur 50 femmes soumises par P. Dubois à l'observation clinique, dans le but de savoir les variations possibles entre l'époque présumée de la grossesse et l'époque réelle, la différence est restée 17 fois dans les limites de 8 jours ; 17 autres fois, elle s'est étendue de 8 à 15 jours; 3 fois elle a été de 15 à 20 jours, et 13 fois de 20 à 30 jours. L'époque présumée de l'accouchement s'est rencontrée 8 fois seulement avant l'époque réelle, et 41 fois après. C'est en s'appuyant sur ces 50 cas d'abord, sur 100 autres ensuite, que P. Dubois conclut qu'une erreur de 15 jours est le plus souvent possible. »

Ramollissement du col. — Des auteurs ont cru pouvoir trouver des données au moins approximatives de l'âge de la grossesse dans le ramollissement du col de la matrice.

A 6 mois, le ramollissement atteint la moitié de la portion vaginale du col.

A 7 mois les trois-quarts.

A 8 mois la portion vaginale tout entière.
A 9 mois le col ressemble à un chiffon mouillé.

Hauteur de la matrice.— D'autres ont cru pouvoir déduire l'âge de la grossesse du volume même de la matrice; des recherches intéressantes sur ce point ont été faites par Hecker et Wieland. Ces auteurs ont pris pour point de repère, non pas l'ombilic, dont la situation est très variable chez les différentes femmes, mais la partie supérieure de la symphyse pubienne. Wieland est arrivé aux résultats suivants : au quatrième mois, 2 ou 6 centimètres séparent le fond de la matrice du bord supérieur de la symphyse pubienne; à cinq mois, il est à 8 ou 9 cent. au-dessus du détroit supérieur. Il continue à s'élever progressivement jusqu'au neuvième mois; à ce moment le fond est à 22 ou 24 centimètres au-dessus de la symphyse. Il est alors arrivé à son apogée. Au contraire, il s'abaisse dans la dernière quinzaine et n'est plus qu'à 20 ou 22 centimètres au-dessus de ce point.

Volume du fœtus. — « Ahfeld a cherché à se rendre compte du volume du fœtus, d'une part, pour en déduire l'âge de la grossesse, et d'une autre part, pour reconnaître la disproportion existant entre le fœtus et le rétrécissement possible du bassin. Après avoir montré que les renseignements fournis par les malades elles-mêmes, ceux tirés de la hauteur du fond de l'utérus, du volume du ventre, de l'état de la portion vaginale du col et du segment inférieur de l'utérus, de l'état des parties génitales externes, ne fournissent que des résultats absolument illusoires, il en arrive à conclure que les seuls renseignements exacts sont ceux fournis par le volume du fœtus, car l'état de dureté plus ou moins considérable de la tête, l'étroitesse de ses sutures et de ses fontanelles, ne donnent pas d'indications précises, et exposent à

des erreurs graves. Il a donc cherché à mesurer ce volume du fœtus, et il est arrivé, par suite de ses recherches, aux conclusions suivantes: l'attitude du fœtus étant la flexion, il prend une forme ovoïde, dont les deux pôles sont formés, l'un par la partie la plus basse de la tête, l'autre par la partie la plus élevée du siège. Or, en mesurant la distance qui sépare ces deux pôles, c'est-à-dire l'axe longitudinal intra-utérin du fœtus, Ahfeld est arrivé à trouver qu'il représente à peu près la moitié de la longueur totale du fœtus. Il est donc possible, en mesurant la longueur de cet axe fœtal, de se faire une idée très approximativement exacte de la longueur vraie du fœtus (1).»

Quelque approximation que puisse donner ce mode de menstruation, il ne peut dans la très grande majorité des cas renseigner l'accoucheur, puisque le volume de la tête du fœtus, qu'il lui importe surtout de bien connaître, n'est pas toujours proportionnel à sa taille.

Mais ces différents moyens sont tous plus ou moins imparfaits et exposent à des erreurs plus ou moins grandes. Or, on comprend quelle peut être ici la gravité d'une erreur tant soit peu considérable, quand il s'agit d'un rétrécissement prononcé du bassin, rétrécissement qui exige la provocation de l'accouchement vers 7 mois ou 7 mois et demi. On est exposé à provoquer un avortement et à faire naître un enfant non viable, alors que l'on croyait provoquer un accouchement prématuré. L'erreur a été commise et la mort du fœtus quelques instants après sa naissance en a été le triste résultat (1).

Comme nous l'avons déjà dit plus haut, chez les femmes rachitiques, à rétrécissement prononcé, le fœtus et la matrice

(1) Charpentier, p. 706.
(2) Cas cité par Charpentier, t. I. p. 295 et 296.

qui le contient se développent pour ainsi dire au-dessus du détroit supérieur, puisque la partie fœtale ne peut s'y engager et par conséquent le volume du ventre indiquera toujours une grossesse plus avancée qu'elle ne l'est en réalité.

4° Résultats de l'opération. — L'accouchement prématuré peut être considéré comme un progrès immense réalisé, car comme le font observer Nœgelé et Grenser, « la proportion des cas mortels n'est pas défavorable, si on la compare aux résultats qu'auraient donné les opérations qu'il eût fallu entreprendre, toutes choses égales d'ailleurs, au terme normal de la grossesse (au moins en ce qui concerne la mère). Quant à l'enfant, le pronostic est moins favorable, car les fœtus naissant prématurément, sont beaucoup plus difficiles à conserver que ceux qui viennent à terme. »

« Mais, ainsi que le fait observer Charpentier, précisément parce que l'on est obligé de provoquer l'accouchement prématuré, c'est que la femme se trouve dans des conditions particulièrement défavorables; on peut donc dire que l'accouchement prématuré entraîne toujours un pronostic sérieux; et comme de plus, l'accouchement prématuré artificiel n'empêche pas toujours, loin de là, l'intervention consécutive, mère et enfant restent exposés à toutes les conséquences de ces interventions, aggravées pour l'enfant de la moindre résistance vitale. » On le comprend donc de suite, l'accouchement prématuré artificiel donnera des résultats d'autant moins favorables, que le rétrécissement du bassin sera plus considérable et qu'on aura été obligé de provoquer plus tôt l'accouchement.

CHAPITRE IV.

MÉTHODES EMPLOYÉES POUR LA PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.

Nous allons passer en revue les différentes méthodes employées pour provoquer l'accouchement. Plusieurs d'entre elles ayant entraîné la mort de la mère, par le fait même de l'opération, le choix du procédé n'est donc pas indifférent. Voici ces méthodes :

1° Excitation des contractions utérines par une médication interne ;

2° Excitation de l'utérus, soit par action directe, soit par action réflexe ;

3° Excitation périphérique du museau de tanche ;

4° Dilatation du col par les excitants placés entre les parois utérines et l'œuf (procédé de Kluge) ;

5° Décollement et perforation des membranes.

1° Excitation des contractions utérines par des médicaments internes. — Ces médicaments sont ceux ordinairement employés dans un but criminel pour provoquer l'avortement : rue, if, sabine, iodure de potassium, qui n'agissent qu'à dose toxique.

Le seigle ergoté, outre qu'il est rarement assez puissant, même à dose élevée, pour déterminer les contractions uté-

rines, agit sur la circulation fœtale. Je ne citerai pas les expériences sans résultat, faites avec la pilocarpine, agent à rejeter absolument.

2° Excitation directe et réflexe du corps de l'utérus. — On excite directement le corps de l'utérus par des frictions et le massage. Schreiber s'est servi du galvanisme, d'autres ont employé l'électro-magnétisme, l'électricité par induction, les bains chauds et répétés, les vésicatoires et sinapismes appliqués sur les mamelles, etc. Outre que plusieurs de ces moyens sont douloureux, ils sont tous infidèles et ne conduisent au but qu'on se propose que très lentement et très rarement.

3° Excitation de la périphérie du museau de tanche.—Schœller a proposé le tamponnement vaginal, comme dans le cas d'hémorrhagie; avec de la charpie, il a obtenu ainsi douze succès sur vingt expériences. Ainsi agit le colpeurynter de Braunn.

Dans cette méthode vient prendre place le procédé des douches vaginales de Kiwisch. C'est ce procédé qui est le plus employé et que M. le Professeur Léon Dumas fils a employé pour provoquer l'accouchement prématuré dans l'observation II de notre thèse. Voici en quoi il consiste : l'appareil de Kiwisch se compose d'une boîte de fer blanc, munie d'un tuyau auquel est adapté un caoutchouc garni d'un robinet, et dont l'extrémité, introduite dans le vagin, est dirigée vers le col On remplit d'eau à 40° ou 45° la boîte de l'appareil ; on met cette boîte à une hauteur convenable, on introduit le tuyau dans le vagin, l'extrémité dirigée vers le col, on ouvre le robinet; en vertu de l'inégalité de pression, l'eau coule de l'appareil dans le vagin.

«P. Dubois a substitué à la boîte de Kiwisch un irrigateur Eguisier, pouvant contenir 10 litres d'eau.»

Scanzoni a proposé de remplacer la douche d'eau tiède par des douches intra-vaginales d'acide carbonique.

Giardano cautérise la cavité du col avec un crayon de nitrate d'argent, qu'il fait tourner dans son intérieur.

4° Dilatation du col par les excitants placés dans le col lui-même ou entre les parois utérines et l'œuf. Procédé de Kluge. — Kluge introduit dans le col un cône d'éponge préparée, et l'y maintient à l'aide d'un tampon vaginal, jusqu'au moment où les contractions se déclarent franchement. Ce cône muni d'un fil solide pour pouvoir être retiré à volonté, est introduit avec des pinces guidées par un doigt, jusqu'à l'orifice interne. En s'imbibant, l'éponge se gonfle, dilate le col, excite les contractions utérines et détermine le travail.

Procédé Tarnier. — Tarnier se sert de son dilatateur qu'il introduit dans le col après l'avoir préalablement enduit de glycérine. Le dilatateur de Tarnier se compose d'un tube de caoutchouc contenant un conducteur modifié par Pajot et Daudé (le tout gros comme une plume d'oie), qui se gonfle à son extrémité utérine fermée et se gonfle de manière à atteindre la grosseur d'une noix quand on y pousse une injection. On laisse l'appareil en place jusqu'à ce qu'il soit expulsé par les contractions utérines.

Le défaut de l'appareil de Tarnier est de dépasser l'orifice interne de 3 centimètres au moins. Il agit mécaniquement et par action réflexe. Nous en dirons autant du ballon de Chassagny.

Procédé de Krause.—L'appareil de Krause est une bougie en gomme élastique, qu'il introduit entre les membranes et l'utérus, et qu'il laisse en place jusqu'à la déclaration du travail.

5° *Décollement et perforation des membranes.*—Pour décoller les membranes, on introduit entre elles et la paroi utérine, d'après Schweighauser et Cohen, une sonde en gomme élastique, ou une canule métallique, à laquelle on adapte une seringue, on pousse ainsi à travers la sonde une injection d'eau de goudron, qui décolle les membranes et éveille les contractions. Hamilton se sert simplement du doigt. Enfin, Meissner, Hopkins, Scheel, conseillent l'usage d'un instrument pointu (aiguille de Wenzel, ou plume d'oie taillée en pointe).

Il faut considérer en dernier lieu que l'accouchement prématuré provoqué, s'il n'aboutit pas à l'expulsion facile du produit, peut avoir de graves conséquences et pour la mère et pour l'enfant, surtout lorsqu'il s'agit d'un rétrécissement du bassin. « Dans ce cas, en effet, dit Charpentier, l'accouchement prématuré n'est qu'une préparation pour ainsi dire à l'accouchement vrai et l'accouchement prématuré est loin de soustraire toujours l'enfant au forceps, à la perforation, à l'embryotomie et à toutes les conséquences de ces opérations pour la mère et l'enfant. »

CONCLUSIONS.

En présence des résultats donnés par l'opération césarienne (1), l'amputation utéro-ovarique de Porro, en présence des résultats fournis par la céphalotripsie, même répétée et sans traction, et l'embryotomie, opérations qui sacrifient fatalement l'enfant et ne mettent pas la mère hors de tout danger ; en présence de la gravité de toute intervention manuelle ou instrumentale dans l'accouchement à terme avec un bassin rétréci ; en présence des résultats obtenus par Goodell par la version au terme de la grossesse, par Alexander Milne en combinant la version à l'accouchement prématuré, des recherches expérimentales et cliniques de Budin et Champetier de Ribes ; en présence des résultats que nous avons pu constater durant le cours de nos études, nous n'hésitons pas à reconnaître et à proclamer les avantages que l'on peut retirer de l'accouchement prématuré provoqué, combiné à la version podalique dans les cas de rétrécissement du bassin, et principalement dans les cas de bassin cypho-colio-rachitique.

(1) « Ce qu'il y a de certain, dit Cazeaux dans l'opération césarienne, c'est que l'on sacrifie immédiatement plus de la moitié des femmes, et ce qui est bien prouvé par l'expérience des siècles, c'est qu'en supposant tous les enfants vivants au moment de leur naissance, on n'en verra pas la moitié atteindre l'âge auquel a succombé leur mère. »

. . . . . .

Note de l'auteur. — Ces résultats sont certes loin d'être brillants, puisque d'après Zweiffel, 1881, la mortalité s'élève de 50 à 60 p. 100 en moyenne. Quant à l'opération de Porro, dont on a fait tant de bruit dans ces dernières années, elle donne des résultats qui ne sont guère plus brillants que ceux de l'opération césarienne, puisque la mortalité s'élève encore à 53.56 p. 100.

Certes, les faits ne sont pas encore assez nombreux pour permettre de résoudre la question ; c'est encore à l'avenir à dire le dernier mot. Mais nous n'en sommes pas moins convaincu que si, jusque dans ces dernières années, les présentations de l'extrémité céphalique ont été considérées comme les plus avantageuses dans les rétrécissements du bassin, un coup bien rude vient d'être porté à cette manière de voir par les résultats cliniques dont nous avons parlé.

Nous résumerons notre travail en disant qu'étant donné un rétrécissement pelvien et surtout un rétrécissement cyphoscolio-rachitique, le procédé qui nous paraît actuellement le meilleur c'est l'*accouchement prématuré provoqué,* combiné à la version podalique, par la méthode de Champetier de Ribes.

Observation I

Publiée dans le *Montpellier médical* (janvier 1885).

Rétrécissement asymétrique. — Accouchement prématuré spontané. — Extraction par la manœuvre de Champetier de Ribes. — Mort du fœtus par épanchement intra-crânien.— Issue heureuse pour la mère.

Par les Drs Léon Dumas, Professeur-Agrégé, et Félix Passarini.

M..... Marie-Joséphine, âgée de 29 ans, domestique, née à Huningue (Haut-Rhin), demeurant à Montpellier, est entrée à la Clinique d'accouchement le 18 septembre 1884 : constitution moyenne, tempérament lymphatique, santé habituelle laissant un peu à désirer, secondipare.

La conformation du squelette présente à noter les points suivants : taille 1m 29, projection considérable des deux maxillaires, membres supérieurs grêles, sans déformations; tronc raccourci par déviation de la colonne vertébrale, qui présente une scoliose dorso-lombaire à gauche et une scoliose dorsale compensatrice à droite.

Le bassin est incliné à gauche et un peu en avant; aux membres inférieurs, légère convexité des tibias : antérieure à droite, interne à gauche; le système osseux tout entier est manifestement atrophié.

Antécédents héréditaires.— Mère morte de maladie inconnue à l'époque de la ménopause ; père mort, ordinairement maladif; frère mort à 16 ans ; sœur morte le troisième jour, après un accouchement spontané.

Antécédents personnels.— Atteinte pendant la première enfance, à partir de l'âge de un an et demi, d'une maladie qu'elle appelle « la maladie anglaise» (évidemment le rachi-

tisme), dont elle a souffert jusqu'à 8 ou 9 ans, mais sans cesser de marcher. Les menstrues, apparues à 18 ans et demi, étaient régulières et duraient de deux à trois jours. Il n'y a jamais eu de pertes blanches.

La première grossesse s'est terminée le 6 juillet 1880, à la Clinique obstétricale de Bâle (Suisse). La malade ne peut nous fournir aucun renseignement sur son accouchement, dont elle n'a pas eu conscience, ce qui peut faire présumer l'existence d'une éclampsie. En effet, d'après la lettre que nous recevons du Dr Mervein (?), assistant du professeur Bischoff, des attaques d'éclampsie ont apparu pendant l'accouchement, pour se dissiper bientôt après. Le conjugué diagonal avait été évalué à 10 cent. et le diagnostic porté était celui de bassin aplati-rachitique, légèrement asymétrique. Extraction avec le forceps d'un fœtus non à terme, asphyxié, pesant 1,400 gram. et mesurant 42 cent.; suites de couches normales.

Marie M.... resta à l'hôpital de Bâle du 1er juillet jusqu'au 3 août. Le retour des couches eut lieu un an après, sans qu'elle ait éprouvé le moindre malaise; et depuis lors la régularité de la menstruation a été parfaite.

Examen pratiqué le 19 septembre 1884. — Dernière apparition des règles le 12 février 1884. Deux autres écoulements de sang en avril et en mai, le dernier ayant duré huit jours; la date probable du coït fécondant doit être rapportée au 20 février; les mouvements actifs du fœtus ont été ressentis vers le milieu de juin. Ces mouvements se font sentir à droite et au fond de l'utérus. Aucune modification importante à noter du côté des fonctions principales.

La femme est très maigre; la paroi abdominale mince est un peu tendue; l'utérus est très haut, régulier, tendu, un peu déjeté à droite; la tête est sur la branche horizontale

droite du pubis, le dos est en arrière, l'occiput en rapport avec la symphyse sacro-iliaque droite.

Bruits du cœur fœtal à droite et en arrière. Au toucher vaginal, col mou et large regardant à gauche. Il résulte donc de cet examen que l'enfant est vivant et se présente par le sommet en position O. I. D. P.

Pas d'albumine dans les urines.

Le 20 septembre, examen du bassin.

Entre les épines iliaques antéro-supérieures						25	cent.
Entre les crêtes iliaques						24	—
Diamètre de Baudelocque						13	— 1/4
Conjugué diagonal						9	— 1/2
Bi-trochantérien						26	— 1/2
Bi-ischiatique						9	— 1/2
Coccy-pubien						8	— 1/2
Haut. de la symphyse pubienne						3	— 1/4
— de l'ép. il. ant.-sup.	dr. à la	post. sup.	gauch.			19	—
— de —	gauche —		droite.			17	—
— de —	dr. à l'ischion		gauch.			25	— 1/2
— de —	gauche —		droit..			21	— 1/2
— de —	dr. à —		droit..			14	— 1/2
— de —	gauche —		gauch.			13	—

En présence de la déformation du bassin, dont le diamètre sacro-pubien doit être évalué à 8 centim. 1/2 au plus, et en tenant compte de son asymétrie évidente, M. le Dr Dumas décide de provoquer l'accouchement prématuré vers le 15 octobre, c'est-à-dire à peu près au milieu du huitième mois, et d'extraire le fœtus par la version pelvienne. Mais, le 5 octobre, les premières douleurs se déclarent à 10 heures du soir; d'abord assez espacées, elles se rapprochent bientôt, reparaissant de cinq en cinq minutes et arrachant des cris à la patiente.

Le 6 octobre, à 8 heures du matin, la dilatation est comme

la paume de la main; le col est incliné vers la gauche, ses bords sont encore assez épais. Les mouvements actifs du fœtus se font sentir au niveau de l'hypochondre gauche et on entend les bruits du cœur à droite, un peu en arrière et au niveau de l'ombilic. L'enfant est en O. I. D. P.; la tête est au-dessus du détroit supérieur et mobile dans la fosse iliaque droite. Au toucher vaginal, on sent une poche amnio-choriale dans le vagin; elle est longue et flasque. Au-dessus et au niveau de l'orifice interne, on en sent une autre qui est beaucoup plus dure et tendue.

A 10 heures, un peu de liquide s'écoule après une forte contraction; il continue à s'en écouler à chaque contraction. A 11 heures, la poche amnio-choriale est complètement vidée, mais sa déchirure ne s'est pas effectuée au niveau du col. La poche sous-jacente est intacte, tendue et résistante; elle est aussi notablement abaissée. La dilatation a augmenté, mais les bords du col sont toujours épais. Les douleurs sont énergiques et rapprochées. Col toujours oblique. On fait placer la femme sur le côté gauche; les contractions s'accentuent et se rapprochent encore.

A midi et demi, dilatation complète; poche résistante, dirigée en arrière; douleurs très vives. La femme est placée sur le lit d'opérations; M. Dumas rompt la poche des eaux avec le doigt. Une grande quantité de liquide s'échappe avec force, mais l'écoulement est bientôt arrêté par l'introduction rapide du bras. Le genou droit est saisi, mais la matrice s'est violemment rétractée, et le pied droit n'est pas amené à la vulve sans une certaine difficulté, encore augmentée par la compression que la main fermée éprouve au niveau du diamètre sacro-pubien. Cette difficulté offre cependant un avantage: la main droite n'ayant pu franchir le détroit supérieur qu'à frottement, le cinquième métacarpien contre le promontoire, et le second derrière la symphyse pubienne, constitue un pelvimètre

direct qui permet ultérieurement de connaître la dimension exacte du conjugué vrai. Cette dimension est de 8 centim. L'introduction de la main permet aussi de constater à gauche un aplatissement notable, par suite duquel cette moitié du bassin est absolument perdue pour l'accouchement.

Malgré l'abaissement du pied, l'évolution ne s'est pas opérée à cause de la rétraction violente de l'utérus, qui ne commence à céder qu'au bout d'un certain temps. La tête peut être alors refoulée de bas en haut avec assez de peine, sous l'influence de pressions exercées à la fois par le vagin et par la paroi abdominale.

Le siège descend et la jambe gauche peut être dégagée ; mais l'occiput est venu se placer derrière la symphyse pubienne. Les battements du cordon ne sont pas perçus. Des pressions méthodiques opérées sur la tête à travers la paroi abdominale, combinées avec la rotation du tronc, dirigent l'occiput à droite et en arrière, c'est-à-dire vers la moitié la plus large du bassin.

M. Dumas se propose d'obtenir l'engagement de la tête par la manœuvre du Dr Champetier de Ribes. Mais un obstacle se présente : c'est la difficulté d'atteindre le maxillaire inférieur, qui est un peu relevé et fortement appliqué derrière le pubis gauche. D'énergiques pressions, opérées sur le front par M. Passarini, à travers la paroi abdominale, l'abaissent suffisamment pour permettre l'introduction de deux doigts dans la bouche. La traction sur le maxillaire vient alors s'ajouter à la pression exercée sur la tête, en même temps que deux doigts, placés à cheval sur l'épaule droite, refoulent la base du cou en bas et en arrière. Après quelques efforts, le détroit supérieur est franchi et la tête est assez rapidement amenée à l'extérieur.

Le fœtus est cyanosé par tout le corps, la face est pâle,

exsangue, mais les battements du cœur sont encore très nets; aucun mouvement respiratoire.

On réchauffe le fœtus; on opère la respiration artificielle pendant une heure environ. Alors apparaissent quelques mouvements respiratoires convulsifs. On ajoute la flagellation, l'immersion dans l'eau chaude et dans l'eau froide alternativement. La respiration semble se faire de mieux en mieux et arrive au chiffre de 16 par minute; les battements du cœur continuent à être très nets.

Tout à coup apparaissent de grands efforts respiratoires convulsifs, sans pénétration d'air, et ne produisant qu'une dépression profonde du creux épigastrique et des espaces intercostaux. Ils se ralentissent bientôt notablement. Les bruits du cœur, recherchés avec soin, ne sont plus perçus. Enfin, à 2 heures et demie, après trois ou quatre grands mouvements convulsifs du thorax, toute trace de vie disparaît définitivement.

L'enfant est du sexe masculin; il est bien développé et pèse 2,100 gram. La longueur totale est de 46 centim. 24 du sommet à l'ombilic et 22 de l'ombilic aux talons.

Les diamètres de la tête sont les suivants:

O. F.	10 centim.
O. M.	11 —
Sous O. B.	8,5 —
Bi-par	8,2 —
Bi-temporal	6,4 —

Le diamètre maximum est le sus-occipito-mentonnier; il mesure 12 centim.

L'état de la mère est des plus satisfaisants: délivrance rapide, par expression; pas d'hémorrhagie, utérus fortement revenu sur lui-même. Elle s'endort aussitôt placée dans son

lit. Suites de couches absolument normales. Sortie le 21 octobre 1884.

Autopsie du fœtus, le 8 octobre 1884, 48 heures après la mort. — Coloration générale à peu près normale, sauf les deux pieds et la main droite, qui sont légèrement cyanosés. Les ongles atteignent presque l'extrémité de la pulpe des doigts. Thymus volumineux, pesant 10 gram. Les poumons sont remplis d'air, mais presque absolument exsangues; le poumon droit présente, au niveau de son bord antérieur, une bande transversale gorgée de sang. Il pèse 15 gram., le gauche en pèse 17. Foie relativement peu volumineux.

Crâne.— Os très mobiles, surtout l'occipital, qui est enfoncé sous les pariétaux. Frontaux séparés jusqu'à la racine du nez. Angle antéro-inférieur du pariétal gauche plus déprimé que le droit. Fontanelle antérieure mesurant 2 centim. et demi dans les deux sens. Ossification avancée, mais non terminée; bords osseux très déchiquetés. Tous les os de la voûte intacts, sauf l'occipital, qui présente au niveau de la charnière gauche, qui s'est trouvée en rapport avec le promontoire, un épanchement sanguin sous la peau; la charnière elle-même est complètement luxée, tandis qu'elle est intacte à droite; à 1 centim. au-dessus de cette charnière gauche, l'écaille de l'occipital présente une fracture de 1 centim. de long à peu près, parallèle à la charnière, et l'angle osseux correspondant est complètement détaché. Cerveau injecté, mais sans épanchement sanguin. Épanchement de sang considérable derrière la moitié gauche du cervelet, se prolongeant jusque dans la partie cervicale du canal rachidien. Cervelet presque diffluent, contrastant avec le cerveau, qui est beaucoup plus consistant, bien qu'un peu ramolli aussi. La portion basilaire

de l'occipital et l'arc postérieur des vertèbres cervicales sont cartilagineux sur la ligne médiane. Pas de ruptures de vertèbres, mais un peu d'élongation du cou.

Observation II.

Prise dans le service de M. le Professeur Léon Dumas et communiquée par M. Guinier, chef de clinique d'accouchement.

(C'est la même femme qui a fourni l'observation précédente).

Accouchement prématuré provoqué. — Extraction du fœtus par le siège. — Manœuvre de Champetier de Ribes. — Mort du fœtus à la suite de fracture du pariétal gauche et de la compression violente de l'hémisphère cérébral du même côté. — Terminaison favorable pour la mère.

Examen du 11 novembre 1885. — Dernière apparition des règles 18 mars. Époque des premiers mouvements actifs le 22 du mois de juillet. Siège actuel de ces mouvements du côté droit de l'abdomen.

Du côté des fonctions principales, il n'y a rien de particulier à noter.

Inspection. — Abdomen globuleux. L'utérus remonte jusqu'à l'épigastre. Vergetures anciennes. Cicatrice ombilicale saillante. Paroi abdominale souple et peu sensible. L'utérus remonte jusqu'à sept travers de doigt au-dessus de l'ombilic, le fond de l'utérus regarde en avant. Fœtus : le ballottement céphalique est perçu à gauche de l'ombilic et sur les parties latérales; mouvements actifs faiblement perçus et appréciables à la vue. Bruit du cœur fœtal à droite, en dehors et au dessous de l'ombilic. Présentation et position (A. I. G. P.), c'est-à-dire acromio-iliaque gauche position de l'épaule gauche, le dos en arrière. Enfant vivant. Époque probable de la grossesse 7 mois et demi.

Phénomènes particuliers observés chez la mère ou l'enfant jusqu'au moment du travail.

Le 12 novembre, la tête du fœtus est en bas et à droite ; le col en arrière. Irrigations d'eau (de 45 à 50°) commencées à 10 h. du matin et continuées jusqu'à 8 h. du soir (méthode de Kiwisch).

A 2 h. de l'après-midi, le col est situé en arrière, vers la symphyse sacro-iliaque gauche. A 8 h. du soir, même situation; orifice externe de l'utérus légèrement dilaté et un peu raccourci; pas de contractions douloureuses ; le fœtus s'est placé en sacro-iliaque droite postérieure. Les irrigations sont interrompues à 8 h. du soir.

Le 13 du mois, à 10 heures du matin, introduction d'une sonde (15 à 16 centimètres) dans l'orifice utérin entre l'utérus et les membranes; injection de 50 gr. d'eau tiède (méthode de Schweighauser).

Première position de l'épaule droite: la tête est dans la fosse iliaque gauche.

A 2 heures et demie, col un peu raccourci; la tête est dans la fosse iliaque droite, contractions indolores.

A 8 heures du soir, contractions indolores et fréquentes; même état et même situation du col.

Le 14 novembre, à minuit, les contractions douloureuses ont commencé.

A 9 heures, le col est situé dans l'axe du vagin incomplètement effacé. La dilatation est comme une pièce de un franc. La sonde paraît un peu descendue, la tête est dans la fosse iliaque gauche. Quelques glaires sanguinolentes.

A 3 heures, contractions plus fréquentes depuis midi. Col ramolli, incomplètement effacé. Dilatation comme une pièce de cinq francs. La sonde est presque entièrement sortie; elle est

retirée par M. Léon Dumas. La poche des eaux peut être sentie. La tête est toujours au-dessus de la fosse iliaque gauche. Les irrigations d'eau tiède sont reprises à 3 heures et demie.

A 3 heures 45, les contractions se répètent toutes les quatre minutes.

A 5 heures et demie, dilatation idem; col plus mou et moins épais: poche des eaux abaissée.

A 8 heures du soir, col ramolli, dilatable; dilatation comme une pièce de cinq francs pendant l'intervalle des contractions et comme la paume de la main au moment des contractions.

A 9 h. $^1/_4$, la tête est au-dessus de la fosse iliaque droite; les pieds dans la fosse iliaque gauche, le dos en avant. La version est commencée, dilatation du col par M. Dumas, par l'introduction de la main; rupture des membranes opérée au niveau des pieds. Les deux pieds sont amenés à l'extérieur, le tronc est entraîné, le dos regardant à droite et en arrière; les deux bras sont relevés, battements du cordon arrêtés. Dégagement du bras postérieur d'abord et ensuite de l'antérieur; difficulté pour l'extraction de la tête; occiput à droite; manœuvre de M. Champetier de Ribes, dont nous avons parlé plus haut.

Extraction complète à 9 h. 45 de la tête du fœtus, fracturée et réduite à 4 centimètres dans son diamètre biparietal. Placenta expulsé par expression, 5 minutes après.

Examen du fœtus

Au moment où le fœtus vient d'être extrait, il a quelques battements du cœur très faibles. Électrisation. Insufflation sans résultat. Sexe masculin.

Poids	1.615 gr.
Longueur totale	44 cent.
Du sommet à l'ombilic	24 cent.
De l'ombilic aux talons	20 cent.

Diamètres de la tête:

Occipito-frontal	9 cent.
Occipito-mentonnier	10 cent.
Sous-occipito-bregmatique	8 cent. 3
Bi-pariétal	4 cent.

En arrondissant la tête, le bi-pariétal mesurait 7 centimètres, le bi-temporal 6 centimètres 3.

Forme générale de la tête. — Aplatissement considérable, enfoncement avec fracture complète du pariétal gauche.

État des annexes.— Epaisseur moyenne du placenta, forme circulaire, diamètre 16 cent. 16, poids 250 gram.; torsion du cordon peu marquée, longueur 40 cent., insertion centrale. Membranes complètes.

Suites de couches normales. La femme est encore à l'hôpital Saint-Éloi.

FIN.

Vu bon à imprimer:
Le Doyen,
CASTAN.

Vu:
Le Président censeur,
L. DUMAS.

Le Recteur de l'Académie
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !